

ство, не исключающее вменяемости, может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 22 УК РФ).

Медицинский критерий ст. 22 сформулирован в соответствии с современными международными классификациями — «психическое расстройство». Этот критерий распределяется в континууме: психическое здоровье — пограничные состояния или психические аномалии — психоз или слабоумие, и конкретизирован указанием на психическое расстройство, не исключающее вменяемости. Сюда можно отнести те психические расстройства, которые существенно стесняют свободу личностного выбора, снижают самоконтроль, уменьшают полноту отражения в сознании объективной и субъективной действительности, ухудшают, искажают ее восприятие, затрудняют решение проблемных ситуаций.

Теоретические и прикладные интересы при решении столь сложной проблемы должны быть обращены не только к определению медицинских критериев, но и к ясному пониманию сущности вины, вменяемости, невменяемости, ограниченной вменяемости, влиянию психических расстройств на сознание, деятельность и критические способности исследуемых лиц. В качестве обстоятельств, смягчающих ответственность, расстройства могут выступать в случае, если будут уменьшать законную основу ответственности — вину. Являясь показателем психического отношения субъекта к своему противоправному поведению и его последствиям, степень вины существенно зависит от меры осознания общественной опасности деяния, предвидения общественно опасных последствий, то есть от уровня и качества отражения действительности, полноты и содержания сознания субъекта преступления, характера регуляции криминального поведения.

При этом самое важное — психические расстройства, не исключающие вменяемости. Это вариант

ФГУ «Государственный научный центр  
социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского»  
Росздрава

Горинов В. В., Пережогин Л. О.,  
Николаева Т. А., Цехмистро О. Ю., Егорова Е. Ю.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ВМЕНЯЕМОСТИ**

**(расстройство личности,  
умственная отсталость)**

Коллективная монография



**МОСКВА  
2008**

УДК 616.89  
ББК 56.14  
Г69

Коллективная монография подготовлена авторским коллективом в составе: доктора медицинских наук, профессора В. В. Горинова, кандидата медицинских наук, доцента Л. О. Пережогина, кандидатов медицинских наук Т. А. Николаевой, О. Ю. Цехмистро, Е. Ю. Егоровой.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук,  
профессор М. Я. Цуцувольская (НЦПЗ РАМН)  
Доктор медицинских наук,  
профессор В. В. Калинин (МНИИП Росздрава)

Утверждено Ученым советом ФГУ «ГНЦ ССП  
им. В. П. Сербского» Росздрава. Протокол № 8, 2008 г.

Коллективная монография подготовлена коллективом специалистов, изучающих различные аспекты психических расстройств, не исключая вменяемости. Это вариант психической патологии, которая недостаточна, чтобы соответствовать критериям невменяемости, но и не может быть проигнорирована, так как влияет на поведение субъекта в момент совершения преступления, в связи с чем требует отдельной правовой оценки. В книге подробно описаны алгоритмы судебно-психиатрической оценки расстройств личности и пограничной умственной отсталости, критерии вынесения экспертных решений в отношении процессуальной дееспособности невменяемых и ограниченно вменяемых подэкспертных.

Для судебно-психиатрических экспертов, психиатров, сотрудников правоохранительных органов, судей, адвокатов.

Г69 Горинов В. В., Пережогин Л. О., Николаева Т. А., Цехмистро О. Ю., Егорова Е. Ю. **Психические расстройства, не исключая вменяемости** (Расстройства личности, умственная отсталость). Под ред. д.м.н., проф. В. В. Горинова. — М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2008. — 212 с.

ISBN 5-86002-049-X

УДК 616.89  
ББК 56.14

© Коллектив авторов, 2008  
© ФГУ ГНЦ ССП им. Сербского, 2008

## Введение

Судебно-психиатрический опыт свидетельствует, что экспертам все чаще приходится оценивать такие психические расстройства, при которых у личности сохраняется способность оценивать и понимать сущность событий, но снижается, а иногда и значительно, возможность удержаться от совершения уголовно наказуемого поступка, руководить своими действиями. Контингент судебно-психиатрической клиники в большинстве своем составляют лица, психическое состояние которых, хотя в целом и не соответствует медицинским критериям невменяемости, но сужает или лишает возможности альтернативного выбора действий, приносит своеобразную мотивацию противоправного поведения и парциальную некритичность. Лица с психическими расстройствами, не исключая вменяемости, составляют 65% среди вменяемых субъектов, к ним не всегда в полной мере могут быть применены нормы исправительного права. К таким психическим расстройствам в первую очередь следует отнести расстройства личности (15%) и умственную отсталость (30%). Приведенные обстоятельства стали ведущими при аргументации необходимости введения в уголовное законодательство института так называемой ограниченной вменяемости (ст.22 Уголовного кодекса Российской Федерации).

Согласно положениям ч. 1 ст. 22 УК РФ, эта норма распространяется на вменяемых лиц с психическими расстройствами. Они подлежат уголовной ответственности, так как являются вменяемыми субъектами преступления. Психическое расстрой-

## **1. Судебно-психиатрическая оценка расстройства личности с учетом положений ч. 1 ст. 22 УК РФ**

### **1.1. Современное состояние проблемы (структурно-динамические характеристики, судебно-психиатрическая оценка)**

Учение о расстройствах личности отмечено более чем вековой историей развития. Исследование психопатологии, биологических и социальных механизмов этиопатогенеза и социально-правовых аспектов происходило взаимосвязано.

П. Б. Ганнушкин (1933) подчеркивал, что психопатическая личность должна изучаться «как личность во всей ее полноте, во всем ее объеме».

Не вызывает сомнений постулат, свидетельствующий о том, что расстройства личности представляют собой непрерывный континуум различных (специфических и смешанных) состояний, включающий как пограничные с нормой формы, так и глубоко патологические варианты.

Важным этапом в развитии клинических представлений о расстройствах личности явилась концепция их динамики. Основы учения о динамике расстройств личности были заложены в трудах П. Б. Ганнушкина (1933) и развиты О. В. Кербиковым (1961), Б. В. Шостаковичем (1969-2007), Т. Б. Дмитриевой (1990) и др.

Расстройство личности часто рассматриваются в аспекте специфического «судебно-психиатрического диагноза». Авторы справедливо указывают, что

психической патологии, которая недостаточна, чтобы соответствовать критериям невменяемости, но и не может быть проигнорирована, так как влияет на поведение субъекта в момент совершения преступления, в связи с чем требует отдельной правовой оценки.

Анализ работы судебно-психиатрических экспертных комиссий Российской Федерации показал, что применение ст. 22 рекомендуется примерно 4% лиц с психическими расстройствами (преимущественно это лица с непсихотическими органическими психическими расстройствами, умственной отсталостью и расстройствами личности). Среднегодовой прирост числа лиц, подпадающих под действие ст. 22 УК РФ составляет +5,6%. Если в 1997 г. таких лиц было 2958, то в 2006 г. — 4672. Умственно отсталых лиц среди субъектов, в отношении которых принято решение о применении ст. 22 — 40%, а подэкспертных с расстройствами личности — 7%.

Последовательное решение задач при судебно-психиатрической экспертизе в соответствии с положениями ст. 22 УК РФ предполагает вынесение заключения не только об ограниченной возможности подэкспертного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, но и относительно необходимости применения принудительных мер медицинского характера и оценки так называемой уголовно-процессуальной дееспособности.

Настоящая работа посвящена судебно-психиатрической оценке расстройств личности и легкой умственной отсталости с учетом положений ст. 22 УК РФ. Это те патологические состояния, которые в отечественной психиатрической литературе принято называть «психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости».

Группа подэкспертных с указанными расстройствами этиологически и клинически неоднородна.

Диагностируемые у них психопатологические проявления в систематике психических расстройств объединяют на основе общности патогенеза. В их формировании существенное значение придается терминационному периоду или времени, в течение которого тератогенный агент может вызвать поражение психических функций. В зависимости от того, на каком этапе онтогенеза воздействовала вредность, в клинических проявлениях дизонтогенеза преобладает когнитивная или эмоциональная недостаточность. Глубина психических расстройств у них при этом соотносится с интенсивностью и продолжительностью тератогенного воздействия. Такого рода психические расстройства качественно отличаются от феноменологии так называемых процессуальных заболеваний с характерным патокинезом.

Особое значение для экспертных оценок имеют степень выраженности когнитивной недостаточности, личностной патологии, феноменологическая структура динамических сдвигов, особенности мотивации противоправных действий. Еще более сложной задачей является оценка изменения вследствие психического расстройства процесса построения программы деятельности со снижением или утратой контроля над совершаемыми действиями, что приводит к изменению модуса поведения, нарушает вероятностное прогнозирование, способность оценивать ситуацию, учитывать прошлый опыт, выбирать способ адекватного решения проблем.

Определенное значение при решении вопроса о вменяемости имеет способность субъекта строить логически обоснованный и адекватно мотивированный замысел. Понятие мотивации охватывает биологические и социальные факторы, побуждающие личность к деятельности. При этом мотивы определяются не только как субъективные переживания потребностей, но и как объекты, в которых конкретизируются потребности человека. Сочетание моти-

вационных нарушений со снижением критических способностей, искажением самосознания и самооценки может свидетельствовать о нарушениях эмоций и воли, что может ограничивать способность личности осознавать фактический характер и общественную опасность действий либо руководить ими.

Принципиальное положение экспертизы обвиняемых с расстройством личности или с умственной отсталостью, которое специфическим образом реализуется при экспертной оценке в соответствии со ст.22 УК РФ, состоит в том, что диагностируемое расстройство является предпосылкой измененной способности к произвольной регуляции противоправного поведения. Для экспертного решения необходимо доказать связь между расстройством и ограниченной способностью осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Перед психиатром-экспертом стоит задача обоснования степени нарушенной способности субъекта к произвольной регуляции своего поведения, что возможно лишь при учете всей совокупности психопатологических и ситуативно-личностных факторов.

Вполне обоснованно указывается на многофакторность причин развития этой патологии. Среди факторов, которые могут послужить основой возникновения расстройств личности, упоминают генетические (конституциональные), последствия органических поражений головного мозга, неблагоприятные семейные условия и неправильное воспитание. Складывается впечатление, что психопатоподобный синдром органического генеза растворен в общей массе расстройств личности. Этим американская концепция расстройств личности отличается от принятой в отечественной психиатрии.

В DSM-IV рассматривается гипотеза психогенного происхождения расстройств личности с психодинамических позиций. При этом отмечается значение нарушенных условий воспитания и отношений в семье.

Отечественные психиатры уже давно описывали психогенез патологического развития личности, который обусловлен именно такими неблагоприятными воздействиями в детском возрасте.

Исследования последних лет свидетельствуют об искаженном психическом развитии и формировании характерологических нарушений у детей-жертв насилия. Имеются также убедительные данные о стойких характерологических изменениях после психогенных психозов.

В DSM-IV-R (2003) выделяется три кластера расстройств личности: кластер А — с проявлениями эксцентричности (странные личности — шизоидные, параноидные и шизотипические); кластер В — с проявлениями театральности, эмоциональности, лабильности аффектов (эмоционально-неустойчивые, пограничные, антисоциальные, истерические и нарциссические личности); кластер С — с проявлениями тревоги и страха (уклоняющиеся, обсессивно-компульсивные и зависимые личности).

клиническая концепция психопатий (расстройство личности) сложилась в тесной связи с судебнопсихиатрической практикой. В России термин «психопатия» был впервые употреблен И. М. Балинским во время выступления в суде по делу Семеновой.

Считается, что для расстройств личности характерны неудавшаяся семейная жизнь, злоупотребление наркотиками, алкоголизм. Пациенты подвергаются аресту, им свойственны агрессивность, промискуитет, самоубийства, импульсивность, паразитирование, бродяжничество, лживость, отсутствие сознания вины (O'Neal P. et al., 1962).

Концепцией, объединяющей знание о пограничных психических расстройствах, включая расстройства личности, является базирующаяся на основных биологических представлениях теория адаптации. Для человека, как существа, сочетающего в себе биологические и социальные механизмы функционирования, адаптация также актуализируется в двух плоскостях, в которых он представляет собой особь, живущую по законам биологического вида, и члена общества, наделенного уникальной совокупностью личностных черт.

Ю. А. Александровским (1993) предложена концепция барьера психической адаптации, являющегося единым «интегрированным функционально-динамическим выражением» биологической и социальной основ человека.

Любой поведенческий паттерн или устойчивый поведенческий стереотип, каковым, в сущности, является расстройство личности, зависит от трех составляющих: собственно личности, ситуации, вызывающей прорыв барьера психической адаптации, и следующих за ним психопатологических проявлений, складывающихся в психопатологическую единицу — синдром.

Понятие «*расстройство личности*» отражает сущность имеющих у пациентов нарушений и

лишено социально отрицательного оттенка, присущего представлениям о психопатии, с момента их описания в конце XIX — начале XX века. Этот термин включен в Классификацию американской психиатрической ассоциации (DSM) и Международную классификацию болезней (МКБ)в. Вопрос диагностики расстройств личности связан с проблемой их систематики, которая остается спорной до настоящего времени.

Современные классификации исходят из представлений об основном, «первичном» расстройстве — изменении деятельности эмоционально-волевой сферы. Все остальные особенности психики связаны с нарушениями этих проявлений.

«Вторичные» особенности психики проявляются в сфере мышления. Большинству пациентов, несмотря на формальную сохранность интеллекта, присущи недостатки прогнозирования своих действий, отсутствие опоры на собственный опыт. У одних изменения отличаются крайней негибкостью умозаключений, односторонностью выводов, у других — поспешностью и легковесностью суждений, непродуманностью принимаемых решений. Характерна аффективная логика, кататимность мышления, особенно заметная в условиях стресса, что дало основание Э. Блейлеру (1915) говорить об «относительном слабоумии», а А. Н. Дубинину (1939) — о парциальном слабоумии. Отсутствие способности опираться на собственный, часто печальный, опыт отмечали В. Карпман (1934), М. Schmideberg (1952), Н. Cleckly (1959). Они предложили термин «Lack of control» — «утрата контроля» (над собственной деятельностью) в качестве основной характеристики расстройств личности.

Волевым расстройствам свойственны неустойчивость интересов и привязанностей, смена увлечений и занятий, односторонность и необычность пристрастий. Эмоциональные проявления отличаются про-

тивоположной энергетической направленностью: это либо активные эмоции, либо их энергетический заряд снижен и эмоции пассивны.

Разделение патологических личностей на две обширные группы предпринял Э. Кречмер (1933). Двучленное деление всего разнообразия человеческих характеров на группы астеников — шизотимиков и пикников — циклотимиков оказалось обедненным, поэтому более приемлемыми оказались другие классификации личностных расстройств.

Б. В. Шостакович (1971) предложил выделить три группы расстройств личности: с преимущественными нарушениями в сфере мышления (шизоидные и паранойяльные личности); с преимущественно эмоциональными расстройствами (возбудимые, эпилептоидные и истерические личности); с преимущественно волевыми и тревожными нарушениями (неустойчивые, астенические и психастенические личности).

В DSM-IV предлагается такая дефиниция расстройств личности: «Длительно существующие, глубокие и стойкие дезадаптивные модели поведения, затрагивающие многие сферы психической деятельности. Это расстройства характера, а не психотическое нарушение. Дезадаптивные особенности могут касаться поведенческих, эмоциональных, познавательных, перцептивных или психодинамических проявлений».

В МКБ-10 под специфическим расстройством личности понимается тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Как следует из этих определений, существенные различия в понимании клинических проявлений расстройств личности между отечественной клинической психиатрией и международными классификациями отсутствуют.

их найдут неадекватными, чем от боязни, что другие будут злонамеренно использовать информацию о них. Антиобщественное поведение может быть у некоторых индивидуумов с параноидным расстройством личности, это обычно не мотивируется желанием личной выгоды или эксплуатацией других, как наблюдается при диссоциальном расстройстве, здесь скорее имеет место желание мести.

Параноидное расстройство личности должно быть диагностировано тогда, когда черты негибкие, неадекватные, нарушают функционирование, ведут к личностному дистрессу.

Диагностические критерии:

1) недоверие и подозрительность до такой степени, что мотивы других людей интерпретируются как злорадные;

2) предположение, что окружающие их будут эксплуатировать, вредить, обманывать при отсутствии доказательств;

3) озабоченность необоснованными сомнениями в преданности партнеров;

4) нежелание доверять людям из-за опасения, что любая информация будет использована против них;

5) поиск скрытого смысла в незначительных замечаниях окружающих или событиях;

6) недоброжелательное отношение к окружающим;

7) убеждение в том, что кто-то угрожает его репутации;

8) неоправданные подозрения супруга (супруги) или сексуального партнера в неверности.

### **Шизоидное расстройство личности**

Принято считать, что оно встречается у 7,5% населения, чаще у мужчин. Существенная его особенность — изоляция от социальных отношений и ограниченный диапазон выражения эмоций. Индивидуумы с шизоидным расстройством личности кажут-

В МКБ-10 типология личностных расстройств составлена таким образом, что выраженность личностных признаков должна превышать предполагаемые пороговые значения. При диагностике должны выявляться не только общие критерии расстройства личности, но и присутствовать не менее трех-четырех признаков, характерных непосредственно для того или иного типа расстройства.

Расстройства, возникшие в детстве или подростковом возрасте, проявляются в периоде зрелости, представляют собой существенные отклонения от образа жизни обычного человека со свойственными ему в данной культуре особенностями восприятия, мышления, эмоций и интерперсональных отношений.

Американские исследователи считают, что расстройства личности встречаются у 6-9 % населения, при этом могут быть определенные различия по полу в зависимости от типа расстройства личности.

Диагностические критерии:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, стиль отношения к другим людям;

б) хронический характер аномального стиля отношения;

в) аномальный стиль поведения, являющийся всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию;

г) проявления, всегда возникающие в детстве или подростковом возрасте и продолжающиеся в период зрелости;

д) расстройство, приводящее к значительному личностному дистрессу;

е) расстройство, сопровождающееся ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

- В МКБ-10 выделяют следующие типы:
- F60.0 Параноидное расстройство личности
  - F60.1 Шизоидное расстройство личности
  - F60.2 Диссоциальное расстройство личности
  - F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
  - F60.30 Импульсивный тип
  - F60.31 Пограничный тип
  - F60.4 Истерическое расстройство личности
  - F60.5 Ананкастное расстройство личности
  - F60.6 Тревожное расстройство личности
  - F60.7 Зависимое расстройство личности.

### **Параноидное расстройство личности**

встречается у 0,5 — 2,5% населения, у мужчин диагностируется чаще.

Существенная особенность этого типа расстройств личности — выраженные недоверие и подозрительность. Лица с этим расстройством предполагают, что их будут эксплуатировать, им будут вредить, их обманут, даже если никаких свидетельств тому не существует. Они чувствуют, что необратимо задеты другими людьми, озабочены сомнениями в преданности их партнеров. Действия других тщательно исследуются для выявления враждебных намерений. Индивидуумы отказываются доверять или близко общаться с другими, они боятся, что любая информация будет использоваться против них. Они могут отказываться отвечать на личные вопросы. Видят скрытые значения в незначительных замечаниях или событиях. Они постоянно недовольны, не желают прощать оскорбление или пренебрежительное отношение к себе. Незначительный повод пробуждает враждебность и постоянную бдительность. Они быстро предпринимают ответные действия и реагируют с гневом на оскорбления. Индивидуумы могут быть патологически ревнивы, часто подозревая, что их супруг (супруга) или сексуальный партнер явля-

ются неверными. Они могут собрать тривиальные «свидетельства», чтобы поддержать подозрения.

Подозрительность и враждебность выражаются в жалобах, отчужденности, сарказме, упрямстве. Не доверяя другим людям, они самостоятельны и автономны. Контролируя окружающих, они часто тверды, критически настроены к другим, неспособны сотрудничать, критику в свой адрес тяжело воспринимают. Они легко вовлекаются в сутяжную деятельность. Индивидуумы приписывают злорадные побуждения другим, проецируя собственные опасения. Они могут развивать нереалистичные грандиозные фантазии, часто рассматривать проблемы существующего строя, стремятся внедрять свои идеи в массы. Их воспринимают как «фанатиков».

В ответ на стресс, индивидуумы могут испытывать краткие психотические эпизоды (от нескольких минут до нескольких часов). У них часто возникает зависимость от психоактивных веществ. С параноидным расстройством граничат шизоидное и эмоционально неустойчивое расстройство.

Параноидное расстройство личности следует дифференцировать от бредовых расстройств, шизофрении и расстройств настроения с психотическими симптомами.

Другие расстройства личности имеют некоторые общие особенности с параноидным расстройством. Индивидуумы с шизодными расстройствами личности часто кажутся эксцентричными, холодными и отстраненными, но они обычно не имеют параноидного воображения. Тенденция индивидуумов с параноидным расстройством личности к реагированию с гневом замечена при эмоционально неустойчивом и истерическом расстройствах. Однако эти расстройства не обязательно связаны с распространяющейся подозрительностью. Люди с избегающим расстройством личности могут также не доверять другим, но больше из-за их обеспокоенности и опасения, что



лет. Расстройство личности встречается преимущественно среди ближайших биологических родственников лиц с этим расстройством. В семьях, где один из членов страдает этим расстройством личности, мужчины гораздо чаще также страдают аналогичным расстройством и расстройством, связанным со злоупотреблением психоактивными веществами. Таким образом, в семьях возрастает частота всех перечисленных расстройств у мужчин и женщин по сравнению с основной популяцией. Исследования усыновленных лиц показывают, что и генетические, и внешние факторы вносят свой вклад в риск развития этой группы расстройств. И у усыновленных, и у биологических детей родителей страдающих этим расстройством возрастает риск развития диссоциального расстройства личности. Усыновленные дети больше походили на своих биологических родителей, чем на усыновивших их, но усыновившая семья в процессе воспитания существенно влияет на риск развития расстройства личности и сопутствующей психопатологии.

Диагноз диссоциального расстройства личности возможен только, если в анамнезе были симптомы расстройства поведения до 15 лет.

Если диссоциальное поведение взрослого ассоциировано с расстройством, связанным со злоупотреблением психоактивными веществами, диагноз не может быть установлен несмотря на то, что признаки расстройства личности присутствовали в детстве и продолжают во взрослой жизни. Антисоциальное поведение, которое имеет место при шизофрении или в течении маниакального эпизода, не может быть диагностировано как диссоциальное расстройство личности.

Другие расстройства личности имеют похожие критерии с диссоциальным расстройством, и часто ассоциируются с ним. Если индивидуум имеет личностные признаки, отвечающие критериям одного

ся безразличными, не получают удовлетворения от вхождения в социальную группу. Они предпочитают проводить время в одиночестве, часто изолированы, всегда выбирают уединенные занятия. Предпочитают решение абстрактных задач. Проявляют слабый интерес к сексуальным контактам с другими лицами, сниженный интерес к какой-либо деятельности вообще. Не получают удовольствие от межличностных общений, не имеют друзей кроме самых близких родственников.

Индивидуумы безразличны к одобрению или критике окружающих и не обеспокоены тем, что другие могут думать о них. Они не обращают внимания на тонкость социального взаимодействия. У них обычно «мягкая» внешность без видимой эмоциональной активности. Редко испытывают сильные эмоции типа гнева и радости, кажутся холодным и отстраненными. Им трудно выражать гнев, даже в ответ на прямую провокацию, что создает впечатление, что они испытывают недостаток эмоций. Они часто реагируют пассивно на неблагоприятные обстоятельства, им трудно реагировать на важные события жизни. Такие люди могут преуспеть, когда они работают в условиях социальной изоляции.

В ответ на стресс индивидуумы могут испытывать краткие психотические эпизоды (от длительных минут до часов). В некоторых случаях, шизоидное расстройство личности может предшествовать бредовому расстройству, шизофрении и тяжелому депрессивному эпизоду. С этим расстройством личности граничат параноидное и тревожное расстройство личности.

Шизоидное расстройство личности следует ограничивать от бредового расстройства, шизофрении и расстройства настроения с психотическими проявлениями. Его трудно дифференцировать от мягких форм аутистического расстройства и синдрома Ас-

пергера. Мягкие формы синдрома Аспергера и аутистического расстройства отличаются более тяжелым нарушением социальных контактов и стереотипией поведения и увлечений.

Другие расстройства личности могут быть приняты за шизоидное расстройство. Важным различием между этими расстройствами является разница характерологических признаков. Однако, если у индивидуума есть личностные особенности, отвечающие одному или более критерию шизоидного расстройства, можно устанавливать диагноз. Шизоидное расстройство отличается от шизотипического расстройства отсутствием нарушений мышления и восприятия, от параноидного расстройства личности — отсутствием подозрительности и параноидных/сверхценных идей. Социальную изоляцию шизоидного расстройства личности нужно дифференцировать от поведения лица с тревожным расстройством, которое проявляется страхом быть несостоятельным или казаться неадекватным и излишним опасением быть отвергнутым. Лица с ананкастным расстройством могут производить впечатление социально изолированных и уклоняющихся от деятельности и испытывающих эмоциональный дискомфорт, но они способны к созданию близких отношений.

Диагностические критерии:

- 1) нежелание иметь близкие отношения с окружающими и отсутствие радости от таких отношений, включая отношения с членами семьи;
- 2) выбор только индивидуальной деятельности;
- 3) сниженный интерес или его отсутствие к сексуальным отношениям;
- 4) ограниченный круг деятельности или полное отсутствие интереса к какой-либо деятельности;
- 5) отсутствие близких друзей или приятелей;
- 6) равнодушие к похвале или критике;
- 7) эмоциональная холодность, обособленность, отчужденность или оскудение эмоций.

## Диссоциальное расстройство личности

встречается у 3% мужчин и у 1% женщин.

Существенным признаком этого расстройства личности является комплекс невнимательности, нарушения прав других людей, лживость и манипулирование.

Для того, чтобы этот диагноз был установлен, личность не должна быть моложе 18 лет. Расстройству должны включать стиль поведения, при котором социальные нормы и законы нарушаются. Индивидуумам не удается приспособиться к социальным нормам. Они могут повторно совершать действия, приводящие к аресту. Личности с этим расстройством не уважают желания, чувства и права других людей, часто лгут и манипулируют ими для достижения личной выгоды или удовольствия. Импульсивность поступков может свидетельствовать о неспособности к планированию. Расстройство предполагает наличие раздражительности и агрессии. Такие люди невнимательны к собственной безопасности и безопасности других.

Они исключительно безответственны, обнаруживают слабую способность предвидеть последствия своих поступков. Индивидуумам недостает эмпатии и они бывают черствыми, циничными и равнодушными к чувствам окружающих. Личности с этим расстройством могут испытывать дисфорию. Расстройство может сочетаться с депрессивным расстройством, расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, соматизированным расстройством, патологическим влечением к азартным играм. Диссоциальное расстройство часто диагностируется у мужчин — городских жителей с невысоким социально-экономическим статусом.

Диссоциальное расстройство личности имеет хроническое течение, но может проявляться более ярко по мере взросления индивидуума, часто после 30

самооценке. Резкие и драматические перемены в представлении о самом себе характеризуются изменением целей, оценок и профессиональных стремлений. Возможно резкое изменение мнений и планов по поводу карьеры, сексуальной идентификации, оценок и типов друзей. Такие личности могут резко поменять роль и перейти от роли нуждающегося просителя помощи к образу праведного мстителя за проведенное неправильное лечение. Хотя они обычно имеют низкую самооценку, считают себя плохими или злыми, они периодически чувствуют, что их «вообще не существует». Такие чувства обычно возникают в ситуациях, в которых личность испытывает недостаточную значимость межличностных отношений, воспитания и поддержки. Такие люди могут оказаться несостоятельными в неструктурированной работе или школьных ситуациях.

Лица, страдающие этим расстройством проявляют импульсивность в областях, связанных с потенциальным риском. Они могут играть в азартные игры, безответственно тратить деньги, не воздерживаться в еде, злоупотреблять психоактивными веществами, быть неразборчивыми в сексуальных отношениях или рискованно управлять автомобилем.

Индивидуумам с эмоционально неустойчивым расстройством личности свойственно повторяющееся суицидальное поведение, жесты или угрозы, или самоповреждающее поведение. Завершенный суицид происходит у 8-10% таких личностей, акты самоповреждения (например, порезы или ожоги) и суицидальные угрозы и попытки происходят очень часто. Повторные суицидальные попытки предпринимаются часто по причине демонстрируемой необходимости получения помощи. Такие самоповреждающие действия обычно провоцируются угрозой разлуки или отвержения, или при ожидании принятия на себя возрастающей ответственности. Само-

или более личностных расстройств в сочетании с диссоциальным личностным расстройством, все они могут быть вынесены в диагноз. При диссоциальном и истерическом расстройстве личности присутствуют импульсивность, поверхностность, безрассудность, стремление соблазнить и манипулировать другими, но при истерическом расстройстве отмечается преувеличенность эмоций, что не характерно для диссоциального. Индивидуумы с истерическим и эмоционально неустойчивым расстройством личности манипулируют другими для поблажек в воспитании, тогда как индивидуумы с диссоциальным расстройством манипулируют ради выгоды, власти или материального вознаграждения. Анти-социальное поведение у некоторых индивидуумов с параноидным расстройством личности обычно не мотивировано личной выгодой или эксплуатацией других, чаще оно направлено на желание отомстить.

Это расстройство личности должно быть ограничено от криминального поведения, направленного на получение выгоды, которое не сопровождается личностными признаками характеристики этого расстройства. Только когда личностные черты не гибкие, низкоадаптированные и упорные и обуславливают проявления функционального ослабления или субъективного дистресса, они составляют диссоциальное расстройство личности.

Диагностические критерии:

1) неспособность соблюдать принятые в обществе нормы поведения и вести себя в соответствии с законом — повторное совершение действий, которые могут послужить поводом для ареста;

2) склонность ко лжи, проявляющаяся в частых и повторных обманах окружающих, стремлении получить личную выгоду или удовольствие с игнорированием интересов окружающих;

3) импульсивность поступков или неспособность к планированию;

4) раздражительность и агрессивность, что приводит к повторным дракам или нападениям;

5) безрассудное игнорирование личной безопасности или безопасности окружающих;

6) безответственное отношение к своим обязанностям, выражающееся неспособностью сосредоточиться на выполнении работы;

7) неспособность к сочувствию, проявляющаяся в равнодушии или стремлении рационалистически объяснить свои поступки, связанные с нанесением обид окружающим, плохими отношениями с ними, либо с совершением кражи;

8) возникновение антисоциального поведения не на фоне шизофрении или маниакального эпизода.

### **Эмоционально неустойчивое расстройство личности.**

Диагностируется преимущественно у женщин. Распространенность составляет около 2% в общей популяции, около 10% среди амбулаторных пациентов психиатрических учреждений и около 20% среди госпитализированных в психиатрические стационары.

Существенным признаком расстройства личности является комплекс, включающий нестабильность межличностных отношений, самооценки и аффектов. Характерна импульсивность, которая часто отмечается у взрослых и появляется в разнообразных ситуациях.

Индивидуумы с эмоционально неустойчивым расстройством личности предпринимают отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества. Ощущение надвигающейся разлуки или разрыва, утрата внешней упорядоченности могут привести к глубоким изменениям самоощущения, аффекта, мышления и поведения. Такие лица очень чувствительны к внешним обстоятельствам. Они испытывают интенсивный страх одиночества,

становятся крайне гневливыми даже тогда, когда встречаются с реальной, ограниченной во времени разлукой или когда изменения планов неизбежны. У них может возникнуть реакция внезапного отчаяния, паники или страха, когда кто-нибудь просто опаздывает на несколько минут или вынужден отменить встречу. Они верят в то, что «одиночество» значит «плохо». Эти отчаянные попытки избежать одиночества могут повлечь за собой импульсивные действия, такие как самоповреждение или суицидальное поведение.

Для индивидуумов с эмоционально неустойчивым расстройством личности характерны крайне неустойчивые и конфликтные межличностные отношения. Они могут идеализировать потенциальных опекунов или возлюбленных с первой или второй встречи, требуют проводить больше времени вместе и принимать участие в большинстве интимных вопросов жизни с раннего этапа отношений. Между тем они быстро переключаются с идеализации других людей на их обесценивание. У них легко возникает ощущение того, что ранее близкий человек больше о них не заботится, не уступает, больше не «близок» им. Такие лица могут соперничать и воспитывать других, но только с расчетом на то, что они человек будут «рядом» и станут удовлетворять их собственные нужды и потребности. Такие личности склонны к внезапным и драматическим изменениям своих взглядов на окружающих, особенно тех, кто имеет альтернативные взгляды как на благотворительную поддержку, так и на жестокое наказание. Такие изменения часто отражают развенчание иллюзий по отношению к опекуну, чье воспитание идеализировалось и чье отвержение или одиночество ожидается.

Может быть установлено нарушение идентификации: выраженная и длительно сохраняющаяся нестабильность в представлении о самом себе или

3) нарушения идентичности: выраженная и постоянная нестабильность представлений о себе;

4) импульсивность по меньшей мере в двух областях ( растраты, сексуальные эксцессы или злоупотребления психоактивными веществами, неосторожное вождение автомобиля, булимия);

5) периодическое суицидальное поведение;

6) аффективная нестабильность (например, интенсивная дисфория, раздражительность или тревога, продолжающиеся обычно несколько часов);

7) хроническое чувство опустошенности;

8) неадекватный, интенсивный гнев;

9) транзиторные, зависимые от стресса параноидные идеи или выраженные диссоциативные симптомы.

### **Истерическое расстройство личности**

диагностируется чаще у женщин. Распространенность в популяции составляет 2% — 3% .

Основными чертами истерического расстройства личности являются эмоциональные реакции и особенности поведения, которые направлены исключительно на привлечение внимания к себе.

Лица, страдающие этим расстройством, ощущают дискомфорт, когда они не находятся в центре внимания. Часто театральные, они стремятся привлечь к себе внимание и могут вначале очаровывать энтузиазмом, кажущейся открытостью. Эти качества вытесняются постоянно растущими требованиями внимания. Они присваивают себе роль «души общества», и если не находятся в центре внимания, то начинают прибегать к драматическим приемам (льстить, преподносить подарки, драматически предъявлять жалобы).

В их внешнем виде и поведении отмечается излишняя обольстительность или неуместная сексуальность. Подобное поведение широко проявляется и при взаимоотношениях социального, бытового и

повреждение может происходить благодаря диссоциации ощущений и часто приносит облегчение, подтверждая способность чувствовать или позволяя человеку ощущать, что он поступает плохо.

Индивидуумы с эмоционально неустойчивым расстройством личности зачастую проявляют аффективную несдержанность, обусловленную склонностью к колебаниям настроения (например, выраженная эпизодическая дисфория, раздражительность или тревога, которые обычно продолжаются несколько часов и только в редких случаях более, чем несколько дней). Дисфория часто перемежается периодами страха, паники или отчаяния и редко сменяется периодами хорошего самочувствия или удовлетворения. Эти эпизоды могут отражать крайнюю реактивность больных на межличностные стрессы. Они часто испытывают постоянное чувство опустошенности. Для того, чтобы улучшить свое состояние, им приходится постоянно что-то делать.

Такие пациенты часто выражают несоответствующий ситуации выраженный гнев, им трудно контролировать свои чрезмерные чувства. Они могут проявлять крайний сарказм, испытывать горечь или демонстрировать вербальные вспышки.

Это, как правило, небрежные, скрытные, беззаботные или развязные индивидуумы. Проявления гнева у них сопровождаются чувством стыда и вины, что укрепляет ощущение того, что они порочны. В периоды экстремальных стрессов у этих пациентов могут возникать транзиторные параноидные идеи или диссоциативные симптомы (например, деперсонализация), но их выраженность или продолжительность недостаточна для установления дополнительного диагноза. Такие эпизоды происходят обычно в ответ на реальную или воображаемую потерю (чувство покинутости, оставленности). Симптомы быстропреходящи, продолжаются минуты или часы, и реальное или воображаемое возобновление заботы

со стороны значимого для них лица может привести к их исчезновению. Личности, страдающие этим расстройством, могут проявлять паттерн разрушительного поведения в тот момент, когда цель почти достигнута (например, бросить учебное заведение непосредственно перед его окончанием; после обсуждения успехов терапии прекратить психотерапевтические занятия, что приведет к возвращению к прежнему состоянию; прервать взаимоотношения тогда, когда становится ясно, что они могут продолжаться и т.п.). У некоторых из них в период стресса развиваются следующие симптомы: гипнагогические галлюцинации, искажения схемы тела, идеи отношения. Многие из них чувствуют себя в большей безопасности с животными или с неодушевленными предметами, нежели при межличностном общении. Среди лиц с таким расстройством и зависимостью от психоактивных веществ часто встречается преждевременная смерть вследствие суицида. Физические травмы вследствие незавершенного суицида, нанесения самоповреждений могут приводить к инвалидности. Для них характерны частая потеря работы, неоконченное образование, расторгнутые браки. В анамнезе часто встречаются перенесенное физическое или сексуальное насилие, пренебрежительное отношение, потеря родителей или разлучение с ними в детском возрасте.

Наиболее частыми коморбидными состояниями являются расстройства настроения, злоупотребление психоактивными веществами, нарушения пищевого поведения (булимия), посттравматическое стрессовое расстройство. Существует значительное разнообразие вариантов динамики личностного расстройства. В молодом возрасте часто отмечаются эпизоды нарушения контроля над импульсами, высокие показатели обращаемости в учреждения здравоохранения, в том числе и психиатрические. Нарушения, обусловленные этим расстройством, напри-

мер, риск суицида, выше всего в молодые годы, и постепенно снижаются с возрастом. Склонность к интенсивным эмоциям, импульсивности, напряженным взаимоотношениям часто наблюдаются в течение всей жизни, но у тех, кто прибегает к терапевтической помощи, заметны улучшения, начинающиеся уже с первого года лечения. К возрасту 30-40 лет достигается большая стабильность как в межличностном общении, так и в профессиональной деятельности. Катамнестические исследования показывают, что спустя 10 лет после начала лечения половина из этих лиц уже не обнаруживает паттерна поведения, соответствующего критериям расстройства личности. Это расстройство личности часто сочетается с расстройствами настроения.

Истерическое расстройство личности может также характеризоваться поиском внимания к себе, манипулятивным поведением и быстрой сменой эмоций. В отличие от истерического при эмоционально неустойчивом расстройстве личности диагностируются самоповреждения, разрушительные действия, хроническое чувство глубокой опустошенности и одиночества. Параноидные идеи при этом транзиторны, носят реактивный характер и подвержены внешней коррекции (отличие от параноидного расстройства личности). Лица с диссоциальным расстройством прибегают к манипулятивным действиям, как и лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности, но при диссоциальном расстройстве цель — достижение выгоды или власти, тогда как при эмоционально неустойчивом — обретение необходимой им заботы.

Диагностические критерии:

- 1) упорные попытки избежать реальной или воображаемой покинутости;
- 2) паттерн нестабильных и напряженных межличностных взаимоотношений (от идеализации до их обесценивания);

великодушия, но они всегда потворствуют себе. Шизоидное расстройство личности также отличается формальностью контактов и социальной отчужденностью, но при ананкастном это проистекает именно вследствие проблем с выражением эмоций и из-за увлеченности работой. При шизоидном расстройстве личности присутствует фундаментальная неспособность к близким отношениям.

Умеренно выраженные ананкастные черты могут быть особенно адаптивными в ситуациях, требующих высокой точности исполнения. Только когда эти черты нарушают адаптацию и значительно деформируют социальное функционирование, становятся причиной субъективного дистресса, они представляют собой расстройство личности.

Диагностические критерии:

1) излишняя озабоченность деталями, правилами до такой степени, что теряется основная цель деятельности;

2) перфекционизм, который мешает решению задачи;

3) охваченность деятельностью вплоть до отказа от отдыха;

4) чрезмерная негибкость в вопросах морали, этики или ценностей (не учитывается, если это является проявлением культуральных или религиозных требований);

5) неохотно работают в коллективе до тех пор, пока окружающие будут в точности выполнять их указания;

6) ригидность и упрямство.

### **Тревожное расстройство личности.**

Тревожным расстройством личности в общей популяции страдают от 0,5 до 1%.

Основной характеристикой тревожного расстройства личности является паттерн социальной угнетенности, чувства собственной неадекватности, ги-

профессионального характера. Выражение эмоций может быть поверхностным и крайне изменчивым. Такие лица постоянно используют свою внешность для привлечения внимания к себе. Они чрезвычайно озабочены впечатлением, которое они производят на окружающих, могут «напрашиваться на комплименты». Манера речи у них преувеличенно выразительная. Они высказывают свое мнение категорично, драматично и театрально, характеризуются склонностью к самодраматизации, и преувеличенной выразительности своих эмоций. Они могут привести в замешательство окружающих, публично выражая неумеренные эмоции, однако эти эмоции слишком легко управляемы и переключаемы.

Лица с истерическим расстройством личности очень внушаемы. Их мнения и чувства легко изменяются. Они могут быть излишне доверчивы, поддаются быстрому убеждению, часто склонны воспринимать взаимоотношения с другими людьми гораздо ближе, чем они есть на самом деле.

У лиц с истерическим расстройством могут возникать трудности в интимных взаимоотношениях. Часто нарушены отношения с людьми того же пола по причине их сексуально провоцирующего стиля поведения. Они жаждут новизны, волнующих переживаний и скучают от обыденности, не переносят ситуации с отсроченным «вознаграждающим» результатом.

Клинический опыт показывает, что лица, страдающие этим расстройством, подвержены повышенному риску суицидальных тенденций и намерений с целью привлечения внимания к себе. Это расстройство часто сочетается с конверсионными симптомами и депрессией.

Эмоционально неустойчивому расстройству могут быть свойственны поиск внимания, быстрая смена эмоций, но оно отличается самодеструктивным поведением, склонностью к разрывам взаимо-

отношений, хроническим чувством опустошенности. Лица с диссоциальным и истерическим расстройством имеют общие черты поведения, но при истерическом расстройстве менее выражено антисоциальное поведение. При зависимом расстройстве имеется зависимость от мнения других в отношении их действий, однако без красочных эмоциональных черт.

Диагностические критерии:

- 1) дискомфорт в ситуации, в которой больной не является центром внимания;
- 2) общение с окружающими часто характеризуется неадекватной сексуальной обольстительностью;
- 3) быстрая смена и поверхностность проявлений эмоций;
- 4) постоянное использование внешнего вида для привлечения внимания к себе;
- 5) излишне выразительная манера речи;
- 6) самодраматизация и театральность;
- 7) внушаемость.

### **Ананкастное расстройство личности.**

Расстройство диагностируется вдвое чаще у мужчин. Распространенность составляет около 1% в общей популяции и от 3 до 10% в популяции пациентов клиник психического здоровья.

Основной чертой расстройства личности является чрезмерная озабоченность порядком, перфекционизм, контроль за идеаторными проявлениями и межличностными отношениями.

Лица с этим расстройством пытаются поддерживать чувство контроля вниманием к правилам, к процедурам до такой степени, что теряется основная цель их деятельности. Они придают экстраординарное значение деталям и постоянно все перепроверяют, чтобы избежать возможных ошибок. Перфекционизм становится причиной нарушения функционирования и значительного дистресса. Они

могут постоянно оттачивать до совершенства каждую мельчайшую деталь проекта так, что сам проект никогда не будет закончен. Они ничего не успевают выполнить к сроку. Часто полагают, что у них нет времени провести отдохнуть вечером или выходные дни. Если они находят время для отдыха, развлечений или отпуска, то чувствуют себя дискомфортно. Выбор хобби или проведение свободного времени рассматривается им как серьезная деятельность, требующая тщательной организации. Они всегда подчеркивают безупречность выполнения.

Индивидуумы могут быть слишком скрупулезными и негибкими в вопросах морали, этики или ценностей. Они заставляют себя и других следовать жестким моральным принципам и очень строгим стандартам поведения. При этом они безжалостно самокритичны к своим собственным ошибкам.

Бывает, что лица с этим расстройством не могут выбросить старую изношенную или сломанную вещь, которая не имеет даже сентиментальной ценности. Неохотно поручают решение текущих вопросов другим. Они упрямо настаивают, что все должно быть сделано именно так, как они хотят, и окружающие вынуждены соглашаться с ними. Они дают чрезвычайно подробные инструкции, полагают, что расходы должны строго контролироваться. Их характеризуют ригидность и упрямство. Эти лица неохотно решаются на перемены. Принятие решения может стать для них длительным и болезненным процессом.

Они обычно следуют строго контролируемой манере поведения и испытывают дискомфорт в присутствии тех, кто выражает свои эмоции свободно. Их ежедневные взаимоотношения формальны и серьезные. Они могут вести себя натянуто в ситуациях, когда другие будут радоваться и смеяться, нетерпимы к излишне эмоциональному поведению других.

У лиц с диссоциальным личностным расстройством также наблюдается недостаток щедрости и



тро и неразборчиво привязываются к другим. Лица с этим расстройством озабочены опасениями, что им предоставят самим заботиться о себе. Характерным являются именно чрезмерность и нереальность этого беспокойства и опасений.

У них существует повышенный риск развития расстройств настроения, тревожных расстройств и расстройств адаптации. Возрастные и культуральные факторы необходимо принимать во внимание при оценке диагностической значимости каждого критерия.

Зависимому и эмоционально неустойчивому расстройству присущи опасения быть покинутым, однако при эмоционально неустойчивом расстройстве возникают ярость и требования к окружающим. Лица с зависимым расстройством реагируют умиротворением и подчиняемостью, ищут замену утраченных взаимоотношений. Лица с истерическим расстройством характеризуются общительностью, активными требованиями внимания к собственной персоне.

Диагностические критерии:

- 1) трудности в принятии ежедневных решений без советов и поддержки;
- 2) потребность в том, чтобы другие приняли на себя ответственность;
- 3) затруднения в выражении несогласия с другими из-за опасений потерять поддержку или одобрение;
- 4) трудности делать что-либо самостоятельно из-за недостатка уверенности в себе;
- 5) ощущение беспомощности в одиночестве из-за преувеличенных опасений в собственной способности позаботиться о себе;
- 6) поиск взаимоотношения как источник заботы и поддержки;
- 7) озабоченность нереальным страхом быть покинутым и предоставленным самому себе.

перчувствительность к негативной оценке. Индивидуумы избегают профессиональной или учебной активности, требующей широкого общения из-за страха критики. Вследствие этого они могут отклонить предложения карьерного роста, избегают заводить новых знакомых, пока не убедятся в том, что они понравятся им и будут приняты ими без критики. Такие пациенты не участвуют в групповой деятельности, если им неоднократно не предложат поддержку и покровительство. Им трудно устанавливать близкие отношения с людьми, если только они не бывают убеждены том, что их принимают без критики. Из-за излишней озабоченности возможной критикой в различных социальных ситуациях, у них заметно снижен порог чувствительности к этому. Обычно они застенчивы, спокойны, сдержанны и «незаметны». Они реагируют даже на слабые намеки, которые могут показаться им издевательством или насмешкой. Несмотря на их стремление быть активными участниками общественной жизни, они опасаются подобной активности. Эти лица сдержанны в новых межличностных ситуациях из-за чувства собственной неадекватности и низкой самооценки. Сомнения в своей компетентности манифестируют в ситуациях, когда требуются взаимоотношения с посторонними людьми. Эти лица считают себя социально неприспособленными. Они обычно не решаются на персональный риск или участие в новой деятельности, и склонны преувеличивать потенциальную опасность обычных ситуаций.

Их напряженная манера может вызвать удивление и насмешки окружающих, что подтверждает их мнение о себе. Окружающие считают их «застенчивыми», «робкими», «одинокими» и «изолированными». Основные проблемы проявляются в социальной и профессиональной сферах личностного функционирования. Низкая самооценка и гиперчувствительность к отвержению сочетаются у них с ограни-

чением межличностных контактов. Эти лица становятся относительно изолированными и обычно не имеют широкой социальной поддержки, которая помогла бы им преодолеть кризис. Они стремятся к привязанности, к тому, чтобы их принимали и могут фантазировать об идеализированных взаимоотношениях с окружающими.

Существует много общего между этим расстройством личности и социофобией генерализованного типа. Избегание характерно и для панического расстройства с агорафобией, они часто встречаются вместе. Избегание при паническом расстройстве с агорафобией обычно начинается с атак и может протекать разнообразно в зависимости от их частоты и интенсивности. Избегание при расстройстве личности имеет тенденцию к раннему началу, отсутствию стремительного прогрессирования и к стабильному течению.

И для тревожного, и для шизоидного расстройства личности характерна социальная изоляция. Однако лица с тревожным расстройством хотят установить отношения с окружающими и переживают одиночество, тогда как лица с шизоидным расстройством чувствуют себя комфортно в состоянии социальной изоляции.

Диагностические критерии:

1) уклонение от профессиональной деятельности, которая требует широких межличностных контактов из-за страха критики;

2) сдержанность в близких взаимоотношениях из-за опасений испытать стыд или показаться нелепыми;

3) озабоченность критикой или отвержением их в социальных ситуациях;

4) скованность в новых межличностных ситуациях из-за чувства собственной неадекватности;

5) отказ брать на себя персональную ответственность или участвовать в какой-либо новой деятельности из-за боязни оказаться несостоятельным.

## **Зависимое расстройство личности.**

Это расстройство диагностируется относительно часто, и более распространено у женщин.

Основной его чертой является постоянная потребность в заботе. Цель зависимого поведения — заставить другого заботиться о себе, а самому избавиться от ощущения неспособности адекватно функционировать. Лица, страдающие зависимым расстройством, испытывают большие затруднения в принятии обыденных решений, нуждаются в излишнем количестве советов. Они позволяют окружающим взять инициативу и принять на себя ответственность за них в наиболее важных областях жизни. Взрослые лица независимо от возраста или ситуации подчинены родителям или супругу в решении многих проблем. Зависимое расстройство может встречаться у человека с серьезным соматическим заболеванием или инвалидностью. Из-за боязни лишиться поддержки им бывает трудно выразить несогласие с людьми, от которых они зависят. Они скорее согласятся с тем, что им кажется неправильным, нежели рискнут лишиться помощи.

Лицам с этим расстройством трудно вести независимую деятельность, у них отсутствует уверенность в себе и своих силах. Они будут ждать, чтобы другие начали дело, убеждены, что они неспособны существовать и функционировать независимо. Они действуют адекватно, если их уверить в том, что кто-то другой будет их контролировать. Они охотно подчиняются желаниям других, даже если эти желания неразумны. Потребность поддерживать значимую для них связь часто приводит к неустойчивым или искаженным взаимоотношениям. Они могут жертвовать собой. Лица с этим расстройством чувствуют дискомфорт или беспомощность в одиночестве.

Когда прекращаются значимые для них взаимоотношения, они начинают налаживать новые. Бы-

ределение для группы риска по алкоголизму и наркомании, криминальному поведению, суициду, бродяжничеству и т. д. (Lamparski D. M. et al., 1991; McMillen D. L. et al., 1991; Palermo G. B. et al., 1991; Marttunen M. J. et al., 1994).

В России около 3% подэкспертных с диагнозом расстройств личности признавались невменяемыми, причем ведущим критерием, необходимым условием невменяемости считалось наличие динамических сдвигов (Шостакович Б. В., 1988). Отмечалось, что срыв компенсаторных механизмов — декомпенсация расстройства личности — является следствием субъективно значимой для личности психотравмирующей ситуации (Опря Н. А., 1966; Асинкритов В. Ф., 1971; Коротенко А. И., 1972; Лукомская М. И., 1980; Брюховецкий А. С., 1990 и др.).

В. Я. Гиндикин и В. А. Гурьева (1999) пришли к выводу, что психопатические реакции (особенно не свойственные данному типу расстройства личности), декомпенсации, развития, фазовые состояния, гиперкомпенсации должны расцениваться клинически в качестве временного психического расстройства и соответствующим образом находить отражение в судебно-психиатрической оценке.

Анализируя аргументы в пользу введения категории «ограниченной вменяемости» применительно к подэкспертным с расстройствами личности, можно отметить, что использование норм, закрепленных в ст. 22 УК РФ:

(1) позволяет более дифференцированно оценивать психическое состояние обвиняемого;

(2) позволяет суду учитывать имеющиеся у обвиняемых психические расстройства и назначать принудительное лечение;

(3) позволяет оценивать правонарушение в контексте триады «личность — ситуация — деяние», давать оценку изменениям в психическом состоянии подэкспертного с расстройствами личности, для

Характеризуя отдельные типы, можно говорить об их структуре как о совокупности всех свойств личности, сцепленных между собой теми или иными патохарактерологическими и конституционально-генетическими связями. Структура этих типов (так называемый психопатический синдром) бывает простой и сложной.

При простой структуре проявления постоянны и стойки, вторичные радикалы остаются латентными, невыраженными. Имеется четкая типологическая определенность, однонаправленность реагирования. Примерами могут быть возбудимые личности с недержанием аффекта или истерические субъекты с внутренним конфликтом между желаемым и возможным, астенические — с повышенной чувствительностью.

При сложной структуре ядро личности сохраняется, но обрастает дополнительными радикалами, происходит своеобразное развитие личности, обогащение патологического спектра с появлением разнонаправленных способов реагирования.

Простая и сложная структуры в чистом виде встречаются относительно редко. В рамках каждого типа наблюдаются смешанные, пограничные варианты, сложные структуры. В одних случаях возможны исключительная легкость возникновения бурных аффективных реакций, демонстративность, напоминающая истерические реакции, в других случаях — склонность к ригидности, застреванию, накоплению аффекта. Пациенты злопамятны, педантичны, бурно реагируют на события, у них формируются сверхценные идеи, по этим признакам эмоционально неустойчивое расстройство близко к параноидному. Смешанные варианты можно проследить и при всех остальных типах расстройств личности, что позволяет построить схему взаимоотношения типов в виде переплетающихся кругов (Шостакович Б. В., 1988). В этой схеме показаны един-

ство расстройств личности как патологии, переходные состояния, подчеркивающие это единство, а также значение энергетического потенциала каждого из них.

Сложные сочетания отдельных проявлений расстройств личности отмечает Р. Комер (2002). Он пишет: «Различные расстройства личности накладываются друг на друга в столь значительной степени, что может оказаться трудным отличить одно от другого. Фактически клиницисты иногда приходят к выводу, что отдельные люди страдают более чем одним расстройством личности».

История учения о расстройствах личности неразрывно связана с судебно-психиатрической практикой. До настоящего времени нет единых взглядов на судебно-психиатрическую оценку расстройств личности.

В США, где расстройства личности традиционно рассматривались в качестве «судебно-психиатрического диагноза», экспертная оценка расстройств личности основывается на следующих предпосылках. Поскольку невменяемость является аргументом защиты, оспаривается в состязательном процессе и окончательное решение о невменяемости выносится присяжными, эксперты выносят решение, как правило, исходя из индивидуальных критериев. В основу решения о невменяемости может быть положена либо концепция интеллектуальной недостаточности (по модельному УК США лицо не несет ответственности, если «не осознавало природу и качество совершаемого деяния»), либо концепция «непреодолимого импульса», когда лицо «осознавало, но не могло контролировать свои действия».

Небольшое число авторов склоняется к возможности применения к лицам, у которых диагностируется расстройство личности, концепции «непреодолимого импульса» (Fields L., 1996), поэтому подавляющее большинство обвиняемых, у которых

эксперты диагностируют расстройство личности, признаются вменяемыми. Американская судебная статистика практически не знает прецедентов доказанной невменяемости при расстройствах личности, за исключением сочетания расстройства личности с констатацией исключительных состояний. Норм ограниченной вменяемости в американском праве нет.

В немецкой психиатрии, где расстройства личности рассматриваются в качестве группы клинически очерченных пограничных состояний, которые могут быть диагностированы на основании клинически разработанных критериев, экспертная оценка расстройств личности базируется на выявлении и соотнесении с данной исследуемой ситуацией клинических феноменов, составляющих картину расстройства личности у данного пациента. Учитывается триада факторов, включающая личность подэкспертного, наказуемое деяние и ситуацию, в которой деяние было совершено. Немецкие авторы, в отличие от американских коллег, предостерегают от отождествления расстройств личности и антисоциального поведения (Rasch W., 1983; Sass H., 1994). В. Рашем (1983, 1996) высказана концепция, согласно которой констатация невменяемости (ограниченной вменяемости) не должна опираться только на психиатрический диагноз; необходимо оценивать состояние подэкспертного и соответствие его поведения его личности и исследуемой ситуации.

Если США и Германия формируют своего рода полюсные позиции во взглядах на экспертную оценку расстройств личности, то в большинстве европейских психиатрических школ сочетаются и клинические концепции, и радикальные взгляды на расстройства личности как на «ярлык, свидетельствующий об агрессивности и асоциальности» (Harry V., 1992).

Большая часть исследователей склоняются к мнению, что расстройства личности — удачное оп-

Всего было обследовано 100 подэкспертных. Преобладали лица с эмоционально-неустойчивым и истерическим типами (около 70%). В остальных наблюдениях констатировалось смешанное (25%), параноидное и шизоидное (5%) расстройство.

Подэкспертные были разделены на три группы.

**Первую** группу составили подэкспертные, которые были признаны **вменяемыми** (далее — группа I).

**Вторую** группу составили подэкспертные, которым рекомендовалось **применение ст. 22 УК РФ** (далее — группа II).

**Третью** группу составили подэкспертные, в отношении которых экспертными комиссиями было вынесено решение о **невменяемости** (далее — группа III).

У большинства обследованных во всех группах отмечалась наследственная отягощенность психическими расстройствами, доминирующей формой которых являлась зависимость от алкоголя.

Большая часть подэкспертных воспитывались в неполных семьях. В группах I и II на втором месте стояла гипоопека, в группе III, напротив, гиперопека.

Значительная часть подэкспертных в детском и подростковом возрасте испытывали насилие. Наибольший уровень показателей, характеризующих насилие над подэкспертными, отмечался в группе II. Данный фактор, являясь мощным психотравмирующим стимулом, содействовал закреплению патологических форм реагирования, стереотипа «защита-нападение», служил основой для формирования агрессивности (Бэрон Р., Ричардсон Д., 1997).

В группах I и II преобладали средовые и социальные предиспозиты формирования личностной патологии (патология в родах, воспитание в неблагополучных семьях, гипоопека, насилие и т. д.).

В группе III, напротив, преобладали конституциональные предиспозиты, поэтому, несмотря на

которого субъективная значимость ситуации (не столь высокая для большинства людей) оказалась столь выраженной и психотравмирующей, что привела к нарушению его психической адаптации, отразившемуся в противозаконных действиях;

(4) позволяет дифференцированно оценить мотивы правонарушения, существенно снижающие способность подэкспертного руководить своими действиями.

Судебно-психиатрическая практика в Европе в последние годы имеет тенденцию к распространению на подэкспертных с расстройствами личности формулировок, позволяющих судам смягчать наказание и вменять осужденным в обязанность посещение медико-психологических реабилитационных центров (Reed J., 1996; Cawthra R., Gibb R., 1998). Это связано с возрастающей ролью общественных реабилитационных институтов, обеспечивающих социальную адаптацию этих лиц. В большинстве случаев правонарушители попадают в специальные группы, контролируемые врачами-психиатрами, психологами и социальными работниками, где получают психотерапевтическую, если необходимо — психофармакологическую и социальную помощь. По данным I. Petraviciute (1999), подобные программы реализуются практически во всех государствах Западной Европы. В литературе имеются сообщения о развитии подобных программ и в Восточной Европе (Виноградова Л. Н., 1999). Фактически данная стратегия подразумевается и в формулировке ч. 2 ст. 22 УК РФ. В отечественной практике амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра в качестве принудительной меры медицинского характера сочетается с наказанием (Бородин С. В., Котов В. П., 1997).

По мнению И. А. Кудрявцева (1999), применение ст. 22 УК РФ следует рекомендовать в тех случаях, когда можно констатировать легкость возник-

новения динамических сдвигов, тенденцию к колебаниям настроения, нарушение мотивации и прогностических способностей, то есть те характеристики, которые наблюдаются у подэкспертных с расстройствами личности.

О. Д. Ситковская (1998) считает что, можно говорить об «уровнях управления поведением» (по аналогии с уровнями психического здоровья Б. С. Братуся (1988) при аномалиях личности), установление которых значимо для индивидуализации ответственности субъекта, признанного виновным. Это сложная задача, поскольку в данном случае, как отмечала Н. И. Фелинская (1968), «поведенческие акты обусловлены психологическими, а не психопатологическими закономерностями».

Опыт применения ст. 22 УК РФ свидетельствует, что эксперты, как правило, исходят из оценки взаимоотношения трех составляющих: психического расстройства, личностных особенностей, ситуации, в которой совершено деяние.

Среди испытуемых, к которым была применена ст. 22 УК РФ, были выделены две полярные группы: представители первой обнаруживали декомпенсацию психических расстройств пограничного уровня в условиях провоцирующей, субъективно сложной ситуации, у вторых имели место исключительные, аномальные формы личностного реагирования (Вандыш В. В., Андреева Е. С., 1999).

Таким образом, можно сделать вывод, что личностное расстройство — это состояние с высоким удельным весом в клинической картине эмоциональных нарушений, со склонностью к формированию сверхценных переживаний, с проблемами организации поведения и поиска рационального разрешения ситуации. Для субъектов с расстройствами личности многие исследуемые ситуации являются фрустрирующими. Расстройства с клинических и экспертных точек зрения могут быть расценены как

динамические. Для обоснования экспертных выводов важно учитывать, что фрустрирующие ситуации предъявляют априори особые требования к изъянам в структуре личности, нарушая возможности личностного функционирования. Иными словами, всегда необходимо помнить о значении декомпенсации состояния и приоритете личностных и ситуативных критериев экспертной оценки.

## **1.2. Критерии судебно-психиатрических оценок с учетом положений ч. 1 ст. 22 УК РФ**

При диагностике расстройств личности необходимо исходить из того, что расстройство личности — это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций, сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Констатировались следующие признаки:

- а) дисгармония в личностных позициях и поведении с нарушениями эмоций, контроля побуждений, процессов мышления, стиля отношения к другим людям;
- б) стойкий аномальный стиль поведения;
- в) расстройство возникло в детском и подростковом возрасте и существует в период зрелости;
- г) расстройство может привести к дистрессу;
- д) расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной деятельности.

Принимались во внимание выраженность и тотальность личностных расстройств, приводящая к дезадаптации, их малая обратимость. Учитывался динамический принцип, поскольку расстройство является состоянием динамическим, с периодами компенсации и с возможностью появления декомпенсаций, острых психотических эпизодов или патологических развитий.

нашем наблюдении мотивация правонарушений по группам в целом согласуется с данными В. В. Гульдана, однако высок уровень корыстных и аффектогенных мотивов, особенно группе II (ограниченно вменяемые лица).

Менее половины подэкспертных планировали преступление. Подэкспертные группы I достоверно чаще совершали преступления в состоянии алкогольного опьянения.

Таким образом, для подэкспертных группы II (ограниченно вменяемые) оказываются характерными аффектогенные мотивы правонарушений, которые часто совершаются спонтанно, без предварительного планирования, без учета реальной ситуации. Высокая доля преступлений против жизни и здоровья личности объясняется трудностью для данной категории лиц находить социально приемлемые пути решения межличностных конфликтов, ригидностью аффекта. Жертвами подобных преступлений чаще всего оказываются близкие люди, с ними часто возникали конфликты по незначительному поводу. Характерной чертой подэкспертных, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, является аффективно обусловленная импульсивность действий, что позволяет предположить снижение способности руководить своими действиями.

Злоупотребление алкоголем достоверно чаще отмечалось в группе I (70,0% против 51,6% и 46,2% в группах II и III), в группе III отмечалась тенденция к эпизодическому употреблению наркотических веществ (25,6%).

У подэкспертных всех групп наблюдались аффективные расстройства — депрессивные эпизоды различной глубины и продолжительности, дисфорические состояния, тревога. В группе III часто присутствовали ситуационно обусловленные апатические состояния, когда подэкспертные теряли интерес ко всякой деятельности, замыкались в себе, подолгу

относительно благополучное социальное окружение, подэкспертные этой группы обнаруживали выраженные личностные расстройства и дезадаптацию.

Исходя из современных эволюционных концепций (Грант В., 1992; Левонтин Р., 1996) все субъекты с расстройствами личности попадают в маргинальные группы поля реакции личностных качеств. В то же время они обнаруживают различные по характеру расстройства личности и оказываются на различном удалении от моды распределения (оптима приспособленности для данной популяции) в силу различных соотношений действия на них отрицательных биологических и средовых предисполнит. Наблюдаемая картина расстройства личности является результатом искаженных адаптационных реакций индивидуума в условиях данной среды. Нарушение этой адаптации вследствие изменения средового окружения ведет к нарастанию патологических форм реагирования и декомпенсации состояния (прорыв адаптационного барьера, по Ю. А. Александровскому (1993), что отмечалось в ходе клинических исследований (Кондратьев Ф. В., 1996, 1998; Кудрявцев И. А. и соавт., 1998).

Большинство подэкспертных обнаруживали уже в детском и подростковом возрасте признаки психических расстройств, поведенческие нарушения, расстройства, преимущественно невротического характера.

Для подэкспертных группы II характерными являлись ранние расстройства средовой адаптации, возникавшие в силу биологической предрасположенности к искаженным формам поведенческих реакций.

В пользу отнесения подэкспертных к категории лиц, в отношении которых целесообразно применение ст. 22 УК РФ, могут указывать нарушения поведения в детском и подростковом возрасте, обус-

ловленные отягощенной наследственностью, ранней постнатальной патологией, воспитанием в неблагоприятных условиях (неполные семьи, гипоопека), насилием.

Во всех группах преобладали лица молодого возраста. Среди подэкспертных группы I большинство состояли в браке. При оценке образовательного уровня обратило на себя внимание высокое количество лиц с неполным средним образованием в группе II и высокое количество лиц с высшим образованием в группе III.

Половина подэкспертных на момент обследования являлись безработными, многие работали со снижением квалификации. Отмечена следующая тенденция: лица, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, сближались по ряду показателей с подэкспертными, признанными невменяемыми. Для них характерен ранний возраст совершения деликта, что служит косвенным доказательством ранней социальной дезадаптации, обусловленной большей выраженностью личностной дисгармонии, меньшей устойчивостью к провоцирующим социально-неблагоприятным ситуациям. Подэкспертным, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, были свойственны напряженные отношения в семье, что может свидетельствовать о глубине личностных расстройств. Эти подэкспертные имели в среднем более низкий образовательный уровень, что связано с трудностью взаимодействия с педагогами школ и средних профессиональных учебных заведений и со сверстниками, обусловленной выраженностью личностных расстройств и их типом, преобладанием неуживчивости, конфликтности, а также отсутствием заинтересованности в учебе.

Большинство подэкспертных обнаруживали уже в детском и подростковом возрасте признаки психических расстройств, поведенческие нарушения,

расстройства, преимущественно невротического характера.

Для подэкспертных группы II характерны ранние расстройства среды адаптации, возникшие в силу биологической предрасположенности к искаженным формам поведенческих реакций.

В пользу отнесения подэкспертных к категории лиц, в отношении которых целесообразно применение ст. 22 УК РФ, могут указывать нарушения поведения в детском и подростковом возрасте, обусловленные отягощенной наследственностью, ранней постнатальной патологией, воспитанием в неблагоприятных условиях (неполные семьи, гипоопека), насилием.

Большинство подэкспертных всех групп были привлечены впервые к уголовной ответственности до 25 лет. В группе I отмечалась тенденция к повторным деликтам. Самыми частыми преступлениями в этой группе являлись преступления против собственности, в том числе связанные с насилием (кражи, грабеж, разбой, вымогательство). В группе II преобладали преступления против жизни и здоровья личности (убийства, причинение вреда здоровью различной степени тяжести). Данные показатели соотносятся с мотивами правонарушений, свидетельствующими о том, что для большинства подэкспертных этой группы ведущими являлись мотивы психопатической самоактуализации.

Анализ уголовных дел позволяет говорить о том, что большинство преступлений против жизни и здоровья личности не планировались. В группе III была высока доля преступлений против общественной безопасности (захват заложников, хулиганство).

Особого внимания заслуживает анализ мотивации правонарушений. По данным В. В. Гульдана (1983), на первый план выступают психопатическая актуализация, за ней следуют импульсивные, анэтические действия, аффектогенные мотивы. В



водило к состоянию, в котором способность руководить своими действиями существенно снижалась.

На основании изложенных данных представляется возможным выделить достоверные признаки, характеризующие подэкспертных исследуемых групп.

У **вменяемых** субъектов, расстройства личности представлены в основном истерическим и эмоционально-неустойчивым типами. Как правило, эти подэкспертные воспитывались в неполных семьях, родителями, злоупотреблявшими алкоголем, уже с подросткового возраста обнаруживали личностные аномалии, отражавшиеся в поведенческих реакциях. В субъективно труднопереносимых ситуациях наступала декомпенсация расстройств личности (например, многие не могли адаптироваться к условиям воинской службы). Несмотря на прогностически неблагоприятные факторы, отмечавшиеся в анамнезе, эти лица достигали в итоге относительно стойкой социальной компенсации: у них сформировалась хорошая семейная адаптация, подразумевающая наличие семьи, устойчивых внутрисемейных отношений, достаточно высокий уровень образования (чаще всего, среднее специальное), стабильная трудовая занятость без снижения квалификации. Правонарушения они совершали в зрелом возрасте, по корыстным мотивам.

У этих подэкспертных глубина расстройств была не столь значительна, чтобы нарушить способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими: отсутствие нарушений интеллекта, расстройств мышления, памяти, других высших функций, сохранность волевых процессов и способности к прогнозу, достаточная критичность обуславливали вменяемость.

У **ограниченно вменяемых подэкспертных** преобладают расстройства личности истерического, смешанного и шизоидного типов. Их раннее развитие

оставались в постели, проводили время в одиночестве. Подобные реакции являлись, как правило, реакциями на ситуацию неуспеха.

У значительного количества подэкспертных (23,3, 38,3, 35,9% по группам соответственно) имелись признаки психического инфантилизма, что согласуется с наблюдениями Л. В. Гусинской (1979), Г. Н. Пономарева (1984). Для многих подэкспертных (20,0, 25,8, 38,5% по группам соответственно) было характерно патологическое фантазирование, которое сохранялось и в зрелом возрасте. Особенно часто патологическое фантазирование отмечалось во группе II. Для подэкспертных третьей группы было свойственно формирование стойких сверхценных и доминирующих идей.

У большинства подэкспертных (50,0, 67,7, 46,2% по группам соответственно) типичным было выраженное агрессивное поведение (наблюдавшееся и вне криминальной ситуации). У представителей группы I достоверно чаще отмечались эпизоды демонстративного аутоагрессивного поведения.

Во всех группах при анализе анамнеза и сопоставлении полученных данных с состоянием на момент пребывания на экспертизе можно отметить наличие динамических сдвигов. У них часто возникали ситуационно обусловленные декомпенсации. Редко динамика расстройства личности носила положительный характер (снижалась частота декомпенсаций, улучшалась социальная адаптация, расстройство личности приобретало менее выраженный характер).

Частые декомпенсации (ежегодно и чаще) встречались в 16,7, 45,2, 51,3% случаев (по группам соответственно). Во всех группах отмечалось постепенное ухудшение социальной адаптации (потеря работы, распад семьи, злоупотребление психоактивными веществами), достигая максимума в группе III.

Таким образом, на первый план в клинической картине расстройств личности выступают аффективные расстройства, наиболее яркие у подэкспертных, которым рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ. Для данной группы также типичными являются: выраженный психический инфантилизм, патологическое фантазирование, сохраняющееся в зрелом возрасте выраженное агрессивное поведение.

**Патопсихологическое исследование** показало следующее.

Для представителей группы I типичным оказалось продуцирование конкретных ассоциативных образов в методике Пиктограммы, завышенная самооценка.

Характерным отличием подэкспертных группы II явилась выраженная личностная незрелость.

В группе III отмечались заметные нарушения критичности.

Личностные особенности подэкспертных, определяемые при анализе данных ММПІ, теста Роршаха и др., распределяясь по частоте по группам, точно соответствовали типам расстройств личности.

Таким образом, можно говорить о согласованности показателей, полученных при экспериментально-психологическом исследовании, и клинических данных.

Волевые расстройства, занимая одну из ведущих позиций в клинике расстройств личности, определяют способность руководить своими действиями, что прямо влияет на их экспертную оценку. Расстройства личности, отличаясь сохранностью интеллекта, характеризуются так называемой «парциальной некритичностью» (Б. В. Шостакович, 1997). В этих случаях волевой признак юридического (психологического) критерия невменяемости (ограниченной вменяемости) играет ведущую роль в экспертной оценке (Б. В. Шостакович, В. В. Горинев, 1996).

Для подэкспертных группы I на первый план выходит нарушение преднамеренной регуляции, у подэкспертных II и III групп — выраженное по сравнению с группой I и контрольной группой нарушение прогностических функций. Эти особенности прямо указывают на снижение способности руководить своими действиями, наблюдающейся у подэкспертных групп II и III.

Ранее проходили экспертизу по другим уголовным делам 30,0% подэкспертных группы I, 29,0 и 17,9% подэкспертных групп II и III соответственно. Отношение вменяемых/невменяемых по группам в прошлом составило 2,25; 0,57; 1,0 соответственно, что свидетельствует о том, что до введения в практику ст. 22 УК РФ большинство подэкспертных группы II признавались невменяемыми.

В 93,5% случаев лицам из группы II рекомендовалось амбулаторное принудительное наблюдение и лечение.

В группе III принудительное лечение рекомендовалось всем подэкспертным: амбулаторное лечение — в 15,4% случаев, лечение в стационаре общего типа — в 33,3%, в стационаре специализированного типа — в 30,8%, специализированного типа с интенсивным наблюдением — в 20,5% случаев.

Введение в экспертную практику ст. 22 УК РФ допускает более дифференцированный подход к экспертной оценке расстройств личности. Особенностью подэкспертных, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, является в целом сохранная способность осознавать характер противоправных действий и руководить ими, что позволяет говорить об их вменяемости. В то же время несоответствие условий, в которых было совершено правонарушение, индивидуальным адаптационным возможностям личности, предъявление к личности завышенных требований, обуславливало ситуационную декомпенсацию личностных расстройств, при-

осознанно. Агрессивные корыстные криминальные действия часто совершаются в группе, в состоянии алкогольного опьянения. В анамнезе характерны длительное делинквентное поведение, наличие судимостей в прошлом, нарушение социализации и трудовой адаптации.

Подэкспертным **второй группы (аффективная агрессия)** в большинстве случаев устанавливался диагноз смешанного расстройства личности. Криминальным действиям предшествовала психотравмирующая ситуация разной степени длительности, способствующая развитию стресса. Это приводило к нарастанию эмоционального напряжения, накоплению отрицательных переживаний с реакциями самовзвинчивания, аффективным взрывом с агрессией, не всегда адекватной конфликтной ситуации. Склонность к самовзвинчиванию тесно связана с расстройством личности, она особенно актуализировалась в ситуации конфликта, особенно в состоянии алкогольного опьянения. Опасны действия, совершаемые лицами с высокой базовой или реактивной агрессивностью. В ситуации фрустрации затрагивались завышенная самооценка субъекта, его склонность к доминированию, представления о собственной личностной значимости, стремление манипулировать другими.

Правонарушения совершались по аффектогенным мотивам, когда агрессия является разрядкой эмоционального напряжения в структуре личностного конфликта. В этих наблюдениях можно отметить существенное значение как личностного, так и ситуационного факторов. Наблюдаются нарушения регуляции поведения, затруднения в использовании прошлого опыта, недостаточная сформированность ценностной смысловой сферы. В этих случаях судебно-психиатрическими комиссиями выносилось решение о вменяемости и рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ. При проведении комплексных

протекало в относительно благоприятных условиях, однако, несмотря на это, они стремились вырваться из круга семьи, оставляли учебные заведения, рано начинали употреблять алкоголь, входили в группы, ориентирующиеся на асоциальные нормы поведения. У них часто имели место поведенческие, невротические, аффективные нарушения. Как следствие, их социальная адаптация была в значительной степени снижена: имея низкий уровень образования, они выполняли неквалифицированную работу, редко создавали семьи. Правонарушения, направленные против жизни и здоровья лиц из их ближайшего окружения, они совершали в подростково-юношеском возрасте (по аффектогенным мотивам), импульсивно, без предварительного планирования. В пользу применения ст. 22 УК РФ свидетельствовали выраженная личностная незрелость, недоучет ситуации, завышенная самооценка, снижение критичности, ригидность аффективных реакций, нарушения прогностических функций.

У этих подэкспертных была сохранена способность осознавать противоправность и наказуемость своих действий, не имелось признаков психических расстройств, которые могли бы соответствовать компонентам психологического критерия невменяемости. В то же время на их поведение существенное влияние оказывали присущие им выраженные патохарактерологические проявления, либо у них проявлялись признаки декомпенсации расстройства личности. Эти расстройства приводили к снижению способности осознавать фактический характер своих действий (интеллектуальный компонент) и ограничивали в полной мере способность осуществлять руководство ими (волевой компонент), а также адекватно прогнозировать последствия совершенного. Решающими в данном случае оказывались эмоционально-волевые расстройства и нарушения прогностических функций, которые существенно влияли и на

способность испытуемых адекватно оценивать ситуацию, воспринимать свои действия как противоправные, что позволяет говорить о снижении способности осознавать характер своих действий.

У **невменяемых** констатировались расстройства личности шизоидного и параноидного типов. Они воспитывались в благоприятных условиях, в детском и подростковом возрасте обнаруживали комфортное поведение, успешно учились, достигали порой при благоприятном стечении обстоятельств успехов в карьере. С детских лет им были свойственны замкнутость, отстраненность. В зрелом возрасте они плохо адаптировались к условиям жизни, часто теряли работу, не могли создать семью. Правонарушения совершали в результате психопатической самоактуализации собственных идей, нередко носивших навязчивый, сверценный характер, реже — по бредовым мотивам (патологическое развитие). В пользу невменяемости свидетельствовали наличие сверценных или бредовых идей, нарушения мышления, выраженная глубина расстройства личности, сопровождавшегося сбоем социальной адаптации, яркие нарушения критических и прогностических функций.

Для иллюстрации судебно-психиатрических подходов к судебно-психиатрическим оценкам расстройства личности уместно привести данные о взаимоотношении агрессивного криминального поведения и личностной патологии.

Исследование позволило выявить определенные тенденции при установлении **зависимости между типом агрессии, характером мотивации противоправного поведения, типом расстройства личности и судебно-психиатрическим экспертным решением.**

Использована типология С. Фишбаха (1964) — мотивационная, инструментальная и аффективная форма агрессии. Такой подход дал возможность оценить реакции личности в юридически значимой си-

туации, направленность агрессии, степень сознательной регуляции агрессивного поведения, изучить механизмы криминального агрессивного поведения, выделить критерии экспертных оценок. Обследованные лица были разделены на три группы в зависимости от типа агрессии.

У пациентов **первой группы (инструментальная агрессия)** преобладали признаки эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный и пограничный типы) с высоким уровнем базовой, личностной агрессивности и слабостью тормозящих агессию структур. Универсальным механизмом криминальной агрессии было стремление к реализации агрессивности как личностной черты. Для подэкспертных характерны низкий самоконтроль, поиск «острых» ситуаций. Реализация побуждений облегчалась в состоянии алкогольного опьянения. Большое количество преступлений совершено группой, при этом преследовались корыстные цели. Подэкспертные или идентифицировали себя с лидером или сами являлись лидерами, имея криминальный опыт и антисоциальную направленность ценностей. Они были заинтересованы в материальной выгоде; их поведение в период совершения противоправных действий отличалось сохранностью целеполагания и заранее планировалось. Данные обстоятельства в совокупности с анэтическими мотивами правонарушений позволяли подтвердить инструментальный характер агрессивного поведения.

Агрессия служила средством для достижения неагрессивных замыслов, поведение в момент деликта было целенаправленным, пациенты понимали противоправность содеянного. В отношении этих лиц принималось решение об их вменяемости.

При инструментальной агрессии насилие — средство для достижения корыстных целей. Криминальная активность упорядочена, последовательна и запланирована. Способы достижения цели выбираются

Согласно современным представлениям (Тиганов А. С., Козловская Г. В., 1999), психический дизонтогенез представляет собой изменение последовательности и темпа созревания психических функций. На протяжении десятилетий изменялись взгляды на происхождение нарушений психического развития — от ведущей роли биологических факторов (отягощенная наследственность, инфекционные заболевания, интоксикации и другие экзогенно-органические вредности) до социальных причин (ранняя эмоциональная депривация, асоциальная семья, социально-педагогическая запущенность).

Г. Е. Сухарева (1959) с патогенетических позиций выделила задержанное, поврежденное и искаженное развитие. В работах Г. К. Ушакова (1973) и В. В. Ковалева (1979) представлены такие характеристики, как ретардация (замедленное или стойкое психическое недоразвитие, общее или парциальное) и асинхрония (неравномерное, дисгармоническое развитие).

Другими авторами (Stutte H., 1967; Lutz J., 1968) проводились корреляции между вариантом дизонтогенеза и нозологической принадлежностью с выделением необратимого (умственная отсталость), дисгармонического (расстройства личности), регрессирующего (текущие органические заболевания и дегенеративные процессы), альтернирующего (асинхронии созревания) недоразвитий.

В настоящее время используют систематику В. А. Гурьевой (2001), предложившей разделить проявления психического дизонтогенеза на асинхронии, аномалии и дефекты развития.

Отдельное место среди нарушений психического развития занимает умственная отсталость. В отечественной психиатрии разработаны диагностические критерии этой патологии (Сухарева Г. Е., 1965; Ковалев В. В., 1979; Лебединский К. С., 1982 и др.), под которой понимается группа этиопатогенетичес-

психолого-психиатрических исследований эксперты нередко констатировали аффект или эмоциональное состояние, оказавшее влияние на деятельность в исследуемой ситуации.

Подэкспертные **третьей группы** — это лица с параноидным или шизоидным типами расстройства. Их криминальную агрессию можно было охарактеризовать как мотивационную или смысловую. Это агрессия, которая вытекает из иерархии ценностей субъекта и реализует ведущие мотивы личности.

Цель криминальных действий — осуществление собственной «миссии». В единичных наблюдениях противоправные действия совершались по механизму бредовой демонстрации. Речь идет о больных с параноидным расстройством, актуальное состояние которых можно было охарактеризовать как параною борьбы. У них в детском и подростковом возрасте сформировались глубокие личностные комплексы, связанные с искажением смысловой сферы, деформацией самосознания. Отмечались большие затруднения в межличностном общении, неуверенность, уязвимость, ранимость, склонность к накоплению отрицательных переживаний, отсутствие навыков и способов конструктивного преодоления проблем. Внутренние конфликты всегда преувеличены, внешний мир — враждебен, межличностные отношения затруднены, характерна дистимия. Агрессия — это самореализация, снятие аффективного напряжения, месть миру за несовершенство, ущербность, невостребованность, неприятие. Лица, совершившие агрессивные действия по указанным мотивам, склонны к построению собственных концепций на основе внутренних, субъективных критериев и переработке информации в соответствии со сформировавшимися представлениями и установками. Криминальные действия проистекают из убеждений, агрессия становится самоцелью. Противоправные действия для таких лиц — это своего рода способ самореали-

зации и самоактуализации, своеобразная компенсация собственной дисгармонии и отвержения. В отношении подэкспертных возможно принятие экспертного решения о сниженной возможности или невозможности в юридически значимой ситуации осознавать фактический характер и общественную опасность инкриминируемых деяний либо руководить ими. Заключение о невменяемости правомерно в тех случаях, когда действия совершаются на фоне глубокой декомпенсации психического состояния, усугубления эмоциональных и волевых расстройств, актуализации сверхценных идей или появления бредовых в сочетании со значительным снижением прогностических возможностей.

В этих случаях можно отметить максимальное влияние личностного патологического или даже психопатологического фактора и минимальное значение ситуационного. Приведенные данные отражают прежде всего определенные тенденции, они основаны на повседневном судебно-психиатрическом опыте и согласуются с данными о преобладании того или иного типа личностного расстройства в судебно-психиатрической клинике, с критериями судебно-психиатрических оценок, принятыми судебными психиатрами в странах континентального и прецедентного права.

## **2. Судебно-психиатрическая оценка умственной отсталости с учетом положений ч. 1 ст. 22 УК РФ.**

### **2.1. Современное состояние проблемы**

По данным ВОЗ, умственная отсталость диагностируется у 1 — 3 % населения. В России умственная отсталость имеется у 686,6 человек на 100 тыс. населения. Характерно значительное увеличение легких ее форм (73% среди всех учтенных больных с умственной отсталостью). Среди причин роста заболеваемости умственной отсталостью отмечается злоупотребление психоактивными веществами и некоторыми лекарственными препаратами беременными женщинами, ухудшение экологической ситуации, повышение уровня и качества медицинской помощи и увеличение вследствие этого выживания детей с тем или иным поражением центральной нервной системы (Маринчева Г. С., 1999).

Изучение нарушения психического развития связано с выделением в самостоятельное направление в начале прошлого столетия детской психиатрии (Симпсон Т. П., 1948; Сухарева Г. Е., 1959, 1965; Юркова И. А., 1958; Певзнер М. С., 1966, 1973, 1982; Ковалев В. В., 1973, 1979; Ушаков Г. К., 1973; и др.). Понятие «дизонтогенеза» объединило патологии психического развития, обусловленные действием вредностей в перинатальный и ранний постнатальный периоды (Ковалев В. В., 1995; Ушаков Г. К., 1973; Личко А. Е., 1979; Лебединская К. С., 1982; Броно М. Ш., 1983; Циркин С. Ю., 1995; Greenspan S., 1992; Stern D., 1994).

вышения нормативных показателей число лиц с умственной отсталостью возросло практически вдвое, с другой стороны, отсутствует возможность объективной оценки уровня потребности в поддерживающих условиях, зависящего преимущественно от суждения клинициста, что значительно повышает риск неверной диагностики (Hodapp J., Dykens W., 1996). Разные критерии диагностики, культуральные особенности, по мнению ряда авторов (Маринчева Г. С., Вроно М. Ш., 1999; Макашов С. Н., 2002; Мохонько А. Р., 2004, 2005; Fujiura G. T., 2003; Verri A. P. et al., 2005), обуславливают различия показателей распространенности умственной отсталости.

С возрастом клиническая картина умственной отсталости меняется — больные приобретают жизненный опыт, обогащают свой лексикон, получают определенный запас представлений и сведений бытового характера. С другой стороны, возможно изменение этиопатогенетической модели болезни вследствие действия дополнительных экзогенно-органических вредностей (повторных черепно-мозговых травм, инфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний и т. д.).

Проведенные исследования, в том числе в судебной психиатрии (Фелинская Н. И., 1944; Сухарева Г. Е., 1959, 1965; Певзнер М. С., Лубовский В. И., 1963; Фрейеров О. Е., 1964; Горинов В. В., 1988, 1990, 1994; Галанин И. В., 2003; и др.) показали возможность как положительной, эволютивной динамики с компенсацией имеющегося интеллектуального дефекта под влиянием возрастных изменений, медико-реабилитационных мероприятий, так и отрицательной — состояний декомпенсаций вследствие действия экзогенно-органических, психогенно травмирующих факторов, соматозндокринных изменений.

О. Е. Фрейеров (1964) подчеркивал, что даже при наличии относительно стойкой клинической карти-

ки различных состояний, представляющих собой проявления дизонтогенеза головного мозга врожденного происхождения и приобретенного в первые годы жизни. Качественными характеристиками являются тотальный характер и преимущественное недоразвитие наиболее дифференцированных фило- и онтогенетических систем при относительной сохранности эволюционно старых функций.

Используемые для оценки степени когнитивной недостаточности (коэффициент интеллекта — IQ) психометрические методики не всегда разрешают проблему интеллектуальной зрелости (Ситковская О. Д., 1992), поскольку направлены на оценку разных процессов. Широко применяемые субтесты Векслера для взрослых (WAIS) и интеллектуальные матрицы Рейвена (RAVEN) не совпадают по показателю IQ, что не позволяет однозначно соотносить полученные цифры с клинико-педагогической оценкой. Более того, как подчеркивает автор, границы IQ (меньше 70 баллов) определялись шкалой Стенфорда-Бине, применявшейся за рубежом. В нашей стране использовалась батарея субтестов Векслера с другой оценочной шкалой, что повлекло за собой гипердиагностику умственной отсталости. Указанные в МКБ-10 показатели IQ не могут быть определяющими при уточнении степени когнитивного дефекта, так как приводятся без указания рекомендуемых методик.

В клинической картине умственной отсталости значимыми являются также эмоционально-волевые расстройства (Певзнер М. С., 1959; Мнухин С. С., 1961; Сухарева Г. Е., 1965; Ковалев В. В., 1979; и др.). Большой вклад в описание характеристики умственно отсталых лиц внесли отечественные психиатры. Они выделили основной (Сухарева Г. Е., 1965; Певзнер М. С., 1975; Исаев Д. Н., 1976; Чуркин А. А., 1980), мориоподобный, апатико-абулический, (Фрейеров О. Е., 1964; Исаев Д. Н., 1982),

психопатоподобный (Исаев Д. Н., 1982), дисфорический, астено-дистимический (Дзеружинская Н. А., 1991) варианты. Внимание уделялось соотношению степени выраженности интеллектуального дефекта и эмоционально-волевых нарушений (Кудрявцев И. А., 1988; Горинев В. В., 1988, 1990; Сыропятов О. Г., 1993; и др.).

В работах А. Ю. Березанцева (1991), Н. А. Дзеружинской (1994) отмечено, что легкая и умеренная умственная отсталость коррелирует с истеро-возбудимым типом личностных особенностей, при более выраженной степени преобладали дисфорический и мориоподобный типы.

Неравномерная структура недоразвития, преобладание в клинической картине иной симптоматики позволили выделить осложненные или атипичные формы умственной отсталости (Юркова И. А., 1958; Певзнер М. С., 1959; Мнухин С. С., 1961; Сухарева Г. Е., 1959, 1965; Кириченко Е. И., 1965; Исаев Д. В., 1970; Bialer I., 1970). Авторы отводили ведущую роль в формировании таких вариантов действию дополнительных патогенных факторов в перинатальном периоде, что проявляется в одностороннем отставании развития какой-либо психической функции. Недоразвитием определенных отделов головного мозга Г. Е. Сухарева (1965) объясняла патогенетические механизмы существования атипичных форм. На основании нейрофизиологического исследования, позволившего оценить характер взаимодействия структур головного мозга, Д. Н. Исаев (1970) выделил атоническую и дисфорическую форму. Ю. А. Новиков (1974) допускал возможность развития состояний, «близких к шизофренической эмоциональной тупости», у лиц с легкой умственной отсталостью.

Остается открытым вопрос о квалификации психотических состояний у лиц с умственной отсталостью — в рамках коморбидности психических рас-

стройств или вариантов умственной отсталости. Данные относительно природы состояний противоречивы (Вроно М. Ш., 1983; Сыропятов О. Г., 1993; Lund J., 1985; Szymanski L. S., 1980; Turner T. N., 1989; Wright E. C., 1982).

По мнению В. В. Ковалева (1995), А. С. Тиганова (1999), под умственной отсталостью следует понимать более широкий диапазон психических расстройств, включающих все состояния с ранней интеллектуальной недостаточностью.

В МКБ-10 умственная отсталость определяется как «состояние неполного или задержанного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей».

Предложенная Американской ассоциацией по умственной отсталости (AAMR, 1959) в качестве критерия характеристика адаптивного поведения изменила подход к трактовке понятия исключительно с позиций субнормального интеллекта. Согласно пересмотренному AAMR в 1992 году определению, умственная отсталость имеет место исключительно в случаях, когда специфические интеллектуальные недостатки влияют на функционирование индивидуума в обществе. С учетом этого, в DSM-IV предлагаются критерии: «субнормальный» показатель IQ, недостатки в текущем адаптивном поведении и раннее, до 18-летнего возраста, появление психопатологической симптоматики.

В последующем наряду с повышением определяющего показателя IQ с 70 до 75 была предложена замена категорий, определяемых степенью выраженности интеллектуального дефекта, на деление в зависимости от уровня нарушений, требующих поддержки и ухода. Такая позиция встретила ряд возражений, поскольку, с одной стороны, за счет по-



няемости. В то же время имеющиеся у лиц с легкой умственной отсталостью расстройства в аффективно-волевой сфере лишают их возможности в полной мере осознавать характер своих действий и руководить своим поведением. В таких случаях характер заключения судебно-психиатрической экспертизы зависит от глубины интеллектуального недоразвития и от сопутствующих нарушений эмоциональной и волевой сфер. Значение имеют динамические сдвиги расстройства, обусловленные возрастными кризисами, дополнительными экзогенными вредностями: травмами мозга, злоупотреблением спиртными напитками, соматической патологией, психогениями (Фрейеров О. Е., 1964; Новилов Ю. А., 1979; Чуркин А. А., 1980; Бурелов Э. А., 1980; Сыропятов О. Г., 1987; Горинев В. В., 1989; Осколкова С. Н., Конинов И. В., 1989; Psarska A.D., 1972; Langeluddeke A., Bresser P.H., 1976; Mende W., 1989; Sass H., 1993).

У лиц с так называемыми пограничными вариантами умственной отсталости (Кондратьев Ф. В., 1983) трудно определить, в какой степени соответствует их психическое состояние способности организовывать свое поведение в реальных социально-психологических обстоятельствах. Именно легкая степень умственной отсталости является для судебно-психиатрической экспертизы наиболее затруднительной. Сложность экспертной оценки вызвана тем, что при этом патологическом состоянии даже на фоне неглубокого интеллектуального дефекта нарушается процесс социальной адаптации, усвоение практического опыта, морально-этических ценностей и правовых норм, способность прогнозировать свои действия и сознательно регулировать их.

Ввиду сложности клинических проявлений при диагностике умственной отсталости и ее судебно-психиатрической оценке рекомендуется наряду с определением интеллектуальной недостаточности учиты-

ны с годами у больных уменьшается степень выраженности когнитивного дефекта, смягчаются аффективно-волевые нарушения, становится более правильной регуляция поведения.

В. В. Горинев (1984, 1988) выделил следующие варианты динамики легкой умственной отсталости. Лица с легкой или умеренной дебильностью и незначительно выраженными эмоционально-волевыми расстройствами (стационарный вариант) приобретали социальный опыт, были способны ориентироваться в несложных жизненных ситуациях и в связи со стойкой компенсацией снимались с психиатрического наблюдения. В психогенно-травмирующих ситуациях у них возникали депрессивные реакции невротического уровня.

При регрессионном варианте динамики в пубертатном периоде на первый план в клинической картине выступают выраженные эмоционально-волевые расстройства, расторможенность влечений, повышенная внушаемость, подчиняемость в сочетании с эксплозивностью, склонностью к реакциям имитации. В постпубертатном периоде отмечается значительное улучшение состояния с возможностью адаптироваться к условиям среды. Изменение жизненного стереотипа нередко приводит к декомпенсациям, проявляющимся реакциями растерянности, тревожно-депрессивными состояниями.

Неблагоприятный вариант, наиболее сложный с психопатологической точки зрения, характерен для лиц преимущественно с умеренной степенью дебильности и стойкими эмоционально-волевыми нарушениями по дисфорическому, мориоподобному и вялоапатическому типу. В данной группе с возрастом отмечается заметное утяжеление имеющихся нарушений, что определяет значительное снижение социального функционирования.

В практике судебно-психиатрической экспертизы динамический подход был реализован при оцен-

ке состояний временной декомпенсации в психогенно травмирующей ситуации (Фелинская Н. И., 1944; Фрейеров О. Е., 1964; Горинов В. В., 1988, 1990, 1994; Дзеружинская Н. А., 1990; и др.). Авторами описывались состояния растерянности, «аффектогенной дементности», а также тревоги, немотивированного страха с быстро проходящими идеями отношения и преследования, совершением на высоте указанных состояний агрессивных, разрушительных действий. Практически специфичной для лиц с умственной отсталостью адинамической группы является реакция «тоски по дому», протекающая в виде бурного психотического эпизода с измененным сознанием.

Уточнению роли социальных и биологических факторов в формировании криминального стереотипа поведения лиц с умственной отсталостью посвящено большое количество работ (Белов В. П., 1982, 1986; Березанцев А. Ю., 1991; Матвеев В. Ф., 1991; Северный А. А., 1997; Масагутов Р. М., 1998; Saure V., Wende B., 1985; Myers V. A., 1987).

В судебно-психиатрической практике при решении экспертных вопросов первоначально определяющее значение придавалось определению степени выраженности интеллектуальной недостаточности (Балинский И. М., 1859; Сербский В. П., 1895; Корсаков С. С., 1913; Крепелин Э., 1915; и др.). В последующем подчеркивалась значимость оценки эмоционально-волевых нарушений, которые могут определять поведение умственно отсталых лиц в исследуемой ситуации (Фрейеров О. Е., 1964; Новиков Ю. А., 1974; Бурелов Э. А., 1980; Белов В. П., 1982; Горинов В. В., 1989; 1990; Дзеружинская Н. А., 1991; и др.).

В работе В. В. Горинова (1990), посвященной судебно-психиатрическому аспекту умственной отсталости, рассмотрены основные клиничко-социальные детерминанты общественно опасного пове-

дения и разработаны критерии невменяемости лиц с умственной отсталостью. Подчеркнута необходимость системного анализа структурно-динамических характеристик — степени интеллектуальной недостаточности, выраженности и характера эмоционально-волевых расстройств, личностного недоразвития, особенностей социального функционирования, наличия компенсаторных возможностей, типа динамики заболевания.

Особое внимание при судебно-психиатрической экспертизе необходимо уделять условиям, при которых было совершено правонарушение, поскольку противоправное поведение лиц с умственной отсталостью имеет свои особенности, обусловленные сочетанием интеллектуальной недостаточности и специфическими эмоционально-волевыми нарушениями.

Изучение мотивации общественно опасных действий лиц с умственной отсталостью позволило выделить следующие ее типы — вследствие недостаточно целостного осмысления существующих социальных норм; обусловленность совершения правонарушений повышенной внушаемостью и пассивной подчиняемостью; ситуационно-импульсивные и аффективные мотивы (Антонян Ю. М., Горинов В. В., Саблина Л. С., 1992). Известно, что реализации противоправных действий умственно отсталых благоприятствует острая алкогольная интоксикация (Фрейеров О. Е., 1964; Кондратьев Ф. В., Кислов А. Н., 1983; Хрящев А. В., 2003; Ахмедов С. А. и соавт., 2005; Ржевская Н. К., 2007; Legraf N., 1988; Luthe R., 1991).

По мнению Б. В. Шостаковича и соавт. (1977), Ф. В. Кондратьева (1983, 1996), наибольшее затруднение при экспертной оценке вызывают именно легкая умственная отсталость, когда интеллектуальное недоразвитие этих лиц не позволяет использовать по отношению к ним медицинский критерий невме-

дически значимой ситуации. Если не способен, то, следовательно, речь идет о психологическом критерии невменяемости.

Известную роль в судебно-психиатрическом экспертном анализе должно играть изучение характера инкриминируемого умственно отсталому лицу деяния, условий, при которых оно совершалось. Осторожность должна соблюдаться при освидетельствовании тех умственно отсталых лиц, у которых в основе общественно опасных действий лежат неадекватное поведение, своеобразие реакций, недостаточность самоконтроля.

**Критерии невменяемости:** недоразвитие познавательных процессов, крайне ограниченный запас знаний и представлений, нарушение процесса осмысления информации и установления причинно-следственных связей, расстройства влечений, неспособность прогнозировать и использовать прошлый опыт, внушаемость и подчиняемость, некорректируемость поведения, недифференцированность волевых и мотивационных проявлений, неумение сознательно действовать, проверять и исправлять противоправные действия в соответствии с условиями среды.

## **2.2. Структурно-динамические и криминологические характеристики**

Обследовано 83 подэкспертных с легкой умственной отсталостью. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями отечественной психиатрии и МКБ-10 (степень интеллектуальной недостаточности, наличие и степень выраженности сопутствующих нарушений эмоциональной и волевой сфер, указание причины, приводящей к умственной отсталости и т. д.). При оценке динамики умственной отсталости и анализа особенностей динамических сдвигов использована классификация, предложенная Г. Е. Сухаревой (1965) и предполагающая воз-

вать показатели развития речи, памяти, внимания, способности к обучению, особенности поведения и социальной адаптации. Необходимо обращать внимание на признаки импульсивности, недостаточность «направляющей силы ума» и «потребности познать окружающее» (Корсаков С. П.), немотивированные колебания настроения, периодически возникающие психомоторную расторможенность или двигательное возбуждение, расстройство влечений.

Личность считается зрелой при наличии (по М. Бауэру, 1999): способности к самостоятельным суждениям и решениям; способности рационально регулировать свои эмоциональные суждения и поведение; серьезного отношения к труду; определенной самостоятельности по отношению к другим людям; определенных жизненных планов.

Вне зависимости от степени тяжести, по мнению Ю. В. Попова, В. Д. Вида (1997), течение расстройства определяется взаимодействием между возможностями и требованиями окружающей среды, ее компенсирующими или дезадаптирующими влияниями. По мере снижения тяжести умственной отсталости заметно усиление влияния биологических и психосоциальных факторов в адаптации. В условиях удовлетворительного и заботливого микроокружения, доступности медико-реабилитационного обслуживания лица с умственной отсталостью способны усвоить поведенческие нормы, навыки несложного физического труда, они становятся систематически трудоспособными, адаптируются в окружающем и «растворяются» в обществе, ничем себя не проявляя.

Лица с умственной отсталостью часто не выдерживают минимума неблагоприятных социальных условий (барьер психической адаптации, по Ю. А. Александровскому, 1993), редко приводящих психически полноценных людей к криминальным формам реагирования.

И. А. Кудрявцев (1999) выделил психические расстройства, при диагностике которых, возможны рекомендации применения ст. 22 УК РФ: легкость и частота возникновения динамических сдвигов, нарушения мотивации и прогностических способностей, низкая фрустрационная толерантность, нарушения критических способностей. Подобные особенности психической деятельности часто обнаруживаются у умственно отсталых, и могут являться основанием для рекомендации судебно-психиатрическими экспертными комиссиями применения в отношении них положений ст. 22 УК РФ.

Таким образом, можно резюмировать, что основным психическим расстройством в клинике умственной отсталости является нарушение интеллектуальной деятельности. Для этого расстройства характерна неспособность или достаточно ограниченная способность владеть сложными умственными операциями, такими как обобщение и абстрагирование. Практически отсутствуют способность к творчеству и самостоятельность. Мышление находится на наглядно-образном и образном уровне, однако и эти его формы развиты слабо.

Пациенты с умственной отсталостью не могут, например, осваивать сложные практические навыки, лишены способности к активному воображению, восприятию литературы, искусства. Запас слов мал, но даже если он достаточен, то понятия отличаются нечеткостью границ, расплывчатостью содержания. Общие и отвлеченные понятия не усваиваются. Эмоциональные реакции лишены тонкости. Двигательное развитие может быть удовлетворительным, но корковая моторика развита недостаточно. Так, хороший почерк не вырабатывается. Счет удается, но арифметические действия доступны только с простыми числами, в уме выполняются с трудом, и то, скорее, по памяти. Механическая память бывает хорошей, произвольная, ассоциативная память и ак-

тивное внимание остаются в зачаточном состоянии. Пытливость и любознательность умственно отсталым лицам не свойственны, у них нет стремления к знаниям. Повышена внушаемость, многое совершается по шаблону, без выдумки и воображения. Преобладает слабость аналитической и особенно синтетической мыслительной деятельности, конкретное мышление резко превалирует над абстрактным. Отсутствует или недостаточно развита целенаправленность в мыслительных актах, отмечается частая дефектность не только формы, но и смыслового значения речи. Имеет место слабость критической оценки собственного состояния и окружающего.

Рассматривая клинические критерии судебно-психиатрических оценок умственной отсталости прежде всего следует отграничить те расстройства, которые, несомненно, могут характеризовать медицинский критерий невменяемости. Это важно, поскольку границы легкой умственной отсталости весьма широки и постановка диагноза еще не предопределяет экспертного решения.

Прежде всего должны подлежать учету те признаки психического недоразвития, которые препятствуют самостоятельному приспособлению к социуму. При этом существенное значение имеют не столько недостаточность объема знаний и представлений, сколько слабость суждений, неспособность к абстракции, повышенная внушаемость, нарушение критических способностей, невозможность прогнозировать свои поступки и использовать свой прошлый опыт, отсутствие борьбы мотивов при принятии решения, неодолимый характер влечений.

Решающим является установление факта: способен или не способен субъект при имеющейся у него структуре недостаточности интеллекта и эмоционально-волевых нарушений социально-психологически детерминированно организовывать и осознать свое поведение, включая и поведение в юри-

формирование стереотипа антисоциального поведения, тяжелое материальное положение.

Лица, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, к периоду проведения настоящей судебно-психиатрической экспертизы почти в 2 раза чаще вменяемых лиц находились на учете в ПНД. Их поведение зачастую привлекало к себе внимание психиатров или сотрудников правоохранительных органов, нередко выступавших в качестве инициаторов диспансерного наблюдения.

Достоверно чаще у подэкспертных первой группы (17,1 против 2,3 %) поводом для врачебной консультации было совершение противоправных деяний в детском и подростковом возрасте.

Особо следует остановиться на течении возрастных кризов обследованных лиц. Достоверно чаще подэкспертные основной группы в этом возрасте направлялись на консультации к психиатрам в связи с расстройствами поведения.

Ко времени совершения настоящего противоправного деяния под диспансерным наблюдением находились достоверно чаще подэкспертные первой группы.

Причинами направления на стационарное лечение лиц с легкой умственной отсталостью в детском или подростковом возрасте являлись отставание в психическом развитии, нарушения поведения в виде эпизодов двигательной расторможенности, агрессивность.

В детском или подростковом возрасте были госпитализированы свыше 80 % подэкспертных.

Таким образом, анализ ряда данных показал следующее.

**Подэкспертные, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, чаще воспитывались в более благополучных условиях (в семьях, родственниками). С детства они обнаруживали личностные особенности в виде пассивности, безынициативности, внушаемости, что обеспечивало минимальную «конформность» их поведения. Недостаточность**

возможность положительной (эволютивной) и отрицательной динамики расстройства при отсутствии прогредиентности интеллектуального дефекта.

Подэкспертные были распределены в 2 группы. Первая (основная) 41 человек, к ним рекомендовалось применить ст. 22 УК РФ. Вторую группу (контроль) составили 42 подэкспертных с аналогичным диагнозом, все они были признаны вменяемыми.

В обеих группах преобладали лица молодого возраста — от 19 до 35 лет, средний возраст — 27 лет. У 60% подэкспертных наблюдалась наследственная отягощенность зависимостью от психоактивных веществ, в связи с чем было недостаточное «интеллектуальное стимулирование» в детском возрасте, они находились в условиях хронической психогении и отрицательного микросоциального окружения.

В качестве этиопатогенетических факторов умственной отсталости выступали патология пре-, пост- и неонатального периодов.

Значительная часть подэкспертных воспитывалась в неблагополучных условиях — в неполных семьях, в условиях гипоопеки и безнадзорности.

Большинство подэкспертных (65,8 и 73,8% по группам соответственно) — в детском и подростковом возрасте подвергались насилию в семье или вне ее, что формировало у них низкий уровень фрустрационной толерантности, по Кудрявцеву И. А. (1999), недоверчивость к окружающим и препятствовало выработке приемлемых форм разрешения интерперсональных конфликтов.

В основном все подэкспертные предпочитали общаться со сверстниками или с детьми младшего возраста. Можно говорить, что преобладающие личностные черты (пассивность, безынициативность, отсутствие любознательности) лиц с умственной отсталостью оказывали влияние на формирование отношений с другими детьми. Эти данные могут сви-

детельствовать о доминировании у подэкспертных с раннего возраста подчиняемости, внушаемости.

Лидерами в детских или подростковых коллективах были достоверно чаще вменяемые лица с умственной отсталостью.

С детства или подросткового возраста отмечались нарушения поведения в виде эпизодов расторможенности, агрессивности, склонности к бродяжничеству у большинства подэкспертных обеих групп — 63,3 и 80,9 % соответственно. Эти же причины являлись поводом для стационарного лечения.

Достоверно чаще с раннего детства подэкспертные основной группы отличались тихим, спокойным поведением, пассивностью, подчиняемостью, безынициативностью.

Основное число подэкспертных обеих групп обучалось по программе коррекционной школы (62,7%). Педагоги отмечали выраженное недоразвитие когнитивных процессов и эмоционально-волевые нарушения (эмоциональную лабильность, неустойчивость активного внимания, утомляемость, неусидчивость, отсутствие заинтересованности в учебе). Эмоциональные и волевые расстройства в школьном возрасте, препятствовавшие успешному усвоению учебной программы, отмечались у 73,2 % подэкспертных. Немаловажное значение имело то, что лица с умственной отсталостью часто становились в коллективе сверстников предметом насмешек и болезненно на это реагировали, отказываясь от продолжения учебы.

Анализ семейного положения показал, что на время обследования семьи были только у 17% всех подэкспертных.

Анализ социально-трудовой адаптации обследованных лиц показал, что низкие когнитивные способности, неспособность усвоить необходимые для трудовой деятельности навыки и знания, проблемы установления контакта с ровесниками и педагога-

ми, отсутствие заинтересованности в учебе явились причинами неспособности подэкспертных обеих групп получить квалифицированную специальность. У лиц, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, показатели трудовой адаптации были хуже.

Подэкспертные первой группы достоверно чаще имели инвалидность с детства (фактически с подросткового возраста). Это может говорить о более выраженных у них нарушениях адаптации (необучаемость, глубина интеллектуального недоразвития, неспособность получения необходимых трудовых навыков), в связи с этим они наблюдались в психоневрологических диспансерах.

Низкая способность к обучению, проблемы установления контактов с ровесниками и педагогами, отсутствие заинтересованности в приобретении знаний были выявлены у подэкспертных обеих групп. Вместе с тем по уровню полученного образования лица с легкой умственной отсталостью, которым рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, отличались в худшую сторону от подэкспертных, признанных вменяемыми. Причинами более низкого уровня образования были не только когнитивная недостаточность, но и нарушения эмоциональной и волевой сфер. Социально-трудовая адаптация лиц, которым рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, по общим показателям также отличалась от таковой у вменяемых лиц. На время настоящего обследования были трудоустроены достоверно реже подэкспертные первой группы. Они же чаще не работали более 1-3 лет. В отличие от подэкспертных, признанных вменяемыми, лица, в отношении которых было рекомендовано применение ст. 22 УК РФ, чаще имели инвалидность с детства. Среди причин социальной дезадаптации можно также назвать отсутствие должной поддержки со стороны родственников, конфликты на работе или в семье, раннее

моконтроля, недостаточное развитие способности анализа, планирования и прогноза возможных последствий своих действий преобладали у лиц основной группы. **Вменяемым** чаще были свойственны завышенный уровень притязаний, преобладание внешнеобвиняющих реакций, стремление найти оправдание своих противоправных поступков. У подэкспертных встречались с достоверной разницей эмоциональная неустойчивость, легкость возникновения и нарастания аффективного напряжения.

Трудности целостного осмысления субъективно сложной ситуации, ее анализа и неспособности конструктивного разрешения проблем чаще встречались у ограниченно вменяемых. Склонность к накоплению отрицательных переживаний, аффективная ригидность чаще имели место у подэкспертных основной группы. Для подэкспертных первой группы была более характерна ситуационная недостаточность интеллектуально-волевого контроля поведения.

Таким образом, **вменяемым** было свойственно стремление к симуляции интеллектуально-мнестической недостаточности или аггравация с целью избежать наказания, к перекладыванию своей вины на других или оправданию своих противоправных поступков. Испытуемые, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, были более склонны к переоценке своих возможностей, особенно в субъективно сложной (криминальной) ситуации, что может свидетельствовать о недостаточности целостного учета и анализа ситуации, более выраженных нарушениях критических оценок своей личности. Неустойчивая или заниженная самооценка, преобладание зависимости от оценок себя окружающими, неуверенность в себе были более характерны для них же. В данном случае можно говорить о парциальности критических способностей. Сложности установления межличностных отношений, трудности понимания мотивов окружаю-

социальной адаптации этих подэкспертных, возможно, была связана с влиянием неблагоприятных факторов микросоциума (педагогическая и социальная запущенность) и одновременно с патологической предрасположенностью к социальной дезадаптации.

Воспитание в относительно благополучных семьях оказывало более благотворное влияние на становление социализации: они могли закончить обучение во вспомогательных школах, имели специальность и трудовые установки, совершали правонарушения в более позднем возрасте. Отсутствие должного внимания со стороны родителей в неблагополучных семьях, издержки воспитания, отрицательный социальный пример, раннее употребление психоактивных веществ совместно с родителями или другими родственниками препятствовали удовлетворительной социализации. Пассивная подчиняемость, внушаемость, недостаточная способность анализа и прогнозирования результатов своего поведения, склонность к реакциям имитации, неспособность противостоять отрицательным средовым влияниям были причинами зависимого положения. Эти же расстройства приводили подэкспертных к более раннему участию в противоправных деяниях.

При экспериментально-психологическом исследовании отмечались невысокий интеллектуальный и образовательный уровни, ориентированность в привычной ситуации, индивидуально-психологические и личностные особенности в виде эмоциональной и личностной незрелости и примитивности. Преобладающими были конкретное мышление, недостаточное осмысление условного смысла (по тесту пословиц и поговорок), неспособность к абстрагированию, обобщение по поверхностным признакам, облегченность оценок и суждений. Были характерны замедленный темп мыслительной деятельности, некоторые трудности самостоятельной организации работы. При этом подэкспертные были способны к вы-

полнению основных мыслительных операций на стимульном материале невысокой степени сложности.

Общий уровень интеллекта по тесту Векслера в первой группе был несколько ниже (59-65), чем во второй (64-72). Уровень вербального интеллекта не обнаруживал существенных отличий в обеих группах по субтестам «Словарный», «Осведомленность», «Понятливость» и «Сходства», обнаруживая от 5 до 7 единиц шкальной оценки. Достоверная разница показателей в группах имелась в субтесте «Повторение цифр» — 4 в первой группе и 7 во второй, что можно объяснить разным уровнем объема внимания и немедленного воспроизведения. По субтестам «Кубики Косса» подэкспертные первой группы обнаруживали 4, второй — 6 единиц, «Недостающие детали» — 5 и 8 единиц, «Последовательные картинки» — 5 и 7 единиц. Это может свидетельствовать о нарушениях четкости восприятия окружающего и визуально-моторной интеграции. В субтестах «Арифметический» 6 и 10 единиц соответственно по группам, «Шифровка» — 3 и 8 единиц, «Составление фигур» — 3 и 7 единиц. Достоверные различия по этим субтестам могли быть обусловлены ограничением времени выполнения задания (замедление скорости восприятия и принятия решений) и эмоциональной дезорганизации психической деятельности в связи с субъективной сложностью заданий.

При затруднениях выполнения ранее незнакомого стимульного материала почти у всех лиц основной группы отмечались кратковременные реакции с растерянностью, отказом от выполнения задания, стереотипной и бессмысленной моторной деятельностью, заявлениями о том, что они «ничего не понимают», вегетативными и эмоциональными проявлениями. При этом объективно выявлялось значительное снижение уровня интеллектуальной деятельности.

Для всех субъектов были характерны информированность о социальных нормах и правилах, сла-

бая ориентация на общепринятые нормы и правила поведения с ориентацией на собственные интересы и потребности. У большинства лиц, в отношении которых было рекомендовано применение ст. 22 УК РФ, наблюдалось формальное отношение к морально-этическим стандартам поведения, недостаточная интериоризация их. При этом они легко ими пренебрегали в субъективно сложной ситуации.

Склонность к импульсивным формам реагирования, непосредственной реализации возникающих побуждений достоверно чаще наблюдались у ограниченно вменяемых лиц. У них также достоверно чаще отмечалась слабость ориентации в актуальной криминальной ситуации.

Более выраженные утомляемость и истощаемость психических процессов, что проявлялось в ухудшении результатов выполнения заданий, необходимости стимулирования даже при решении доступных задач, отказах от продолжения работы с психологом, наблюдались достоверно чаще у лиц, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ. **Вменяемые** чаще стремились преуменьшить имеющиеся интеллектуально-мнестические возможности, демонстративно вызвать сочувствие и эмоциональную поддержку. Для подэкспертных, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, были характерны заниженная или неустойчивая самооценка. Ограниченно вменяемые были более зависимыми от внешних факторов, оценок окружающих, порог фрустрации у них был ниже по сравнению с вменяемыми лицами. В связи с этим установка на ценностные ориентации референтной группы, стремление к самоутверждению среди значимого окружения, даже путем совершения общественно опасных действий, при формальном понимании противоправности совершаемого были более характерны для лиц, которым рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ. Слабость аффективного са-



микросоциальным условиям. Также сюда входят отсутствие возможности эффективного терапевтического воздействия на умственно отсталых лиц. Поэтому коррекционно-воспитательные и социально-реабилитационные мероприятия являются основными методами помощи.

Наличие у лиц с умственной отсталостью подчиняемости, внушаемости, пассивности, склонности к реакциям имитации и подражания с детского или подросткового возраста может приводить их в асоциальные референтные группы. Анализ материалов уголовных дел свидетельствует, что ранее подэкспертные совершали правонарушения, но в связи с малолетним возрастом уголовные дела не заводились. Часть из них после этого госпитализировалась в психиатрические стационары. Каких-либо мер коррекционно-воспитательного характера малолетним правонарушителям с умственной отсталостью в большинстве случаев не проводилось.

Впервые привлекались к уголовной ответственности в подростковом возрасте чаще подэкспертные из группы лиц, в отношении которых принималось решение о вменяемости. Вместе с тем лица, в отношении которых давалось заключение о вменяемости с рекомендацией применения ст. 22 УК РФ, в прошлом чаще привлекались к уголовной ответственности. Это, возможно, обусловлено тем, что у них была более выражена импульсивность, недостаточностью критических и прогностических способностей, несформированность способности делать адекватные выводы из своего жизненного опыта.

Преобладающими были имущественные правонарушения. Преступления против жизни и здоровья личности преобладали в группе лиц, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ. Поведение потерпевшего при этом могло быть провоцирующим. В основной группе (ограниченно вменяемые) имущественные правонарушения

щих, которые преобладали у подэкспертных основной группы, могут подтверждать наличие социальной и педагогической запущенности, недостаточный опыт адекватной социализации. Склонность подэкспертных первой группы к импульсивным и непосредственным формам реагирования, неспособность отсрочить возникающие побуждения говорит о наличии у них недостаточности волевого контроля своего поведения, легкости игнорирования морально-этических норм, несформированности нравственного и правового сознания. Аффективная ригидность, склонность к накоплению отрицательных переживаний, более быстрое возникновение и нарастание раздражительности у ограниченно вменяемых при наличии органической неполноценности головного мозга может подтверждать наличие осложненной легкой интеллектуальной недостаточности. Тест Векслера, предназначенный для определения уровня интеллекта, в нашем исследовании выявил не только количественные показатели и структуру интеллекта, но и определенные личностные особенности испытуемых, влияющих на характер экспертного заключения. Нарушение целостного восприятия окружающего, замедленность его оценки, трудности выделения существенного и принятия правильного решения, импульсивность поведения, недостаточная способность самокоррекции обусловили более низкие показатели по данному тесту в первой группе. Легкая подверженность эмоциональной дезорганизации психической деятельности испытуемых основной группы в субъективно сложной ситуации может говорить о снижении возможности полностью понимать характер своих действий и руководить ими.

Легкая умственная отсталость без существенных поведенческих нарушений чаще отмечалась у вменяемых подэкспертных. Дополнительные синдромы усугубляли имеющуюся интеллектуальную недоста-

точность за счет углубления расстройств в эмоциональной и волевой сфере, аффективной неустойчивости и ригидности.

Результаты исследования подтвердили, что при умственной отсталости, особенно легкой, возможна динамика состояния (положительная или отрицательная).

Положительная возрастная динамика была отмечена достоверно чаще у вменяемых испытуемых — 62 против 40 % в первой группе. Она заключалась в определенном сглаживании к 20-25 годам эмоциональных и волевых расстройств, некотором улучшении когнитивных способностей, и, как следствие этого, возможности социальной адаптации, которая была лучше у вменяемых. Немаловажным фактором в становлении положительных изменений являлась своевременная диагностика этой патологии и стационарное лечение с использованием препаратов нейрометаболического, цереброваскулярного действия, транквилизаторов, малых нейролептиков, противосудорожных, антидепрессивных, общеукрепляющих средств.

Отрицательная динамика была обусловлена неблагоприятно влияющими на психику факторами (пубертатный возрастной криз, черепно-мозговые травмы, особенно неоднократные, злоупотребление алкоголем, тяжелые соматические заболевания, психогении).

Декомпенсация психического состояния, отмечавшаяся во время совершения правонарушения, имела место у подэкспертных обеих групп, достоверно преобладала в группе испытуемых, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ, (29,3 % и 9,5 % по группам соответственно). Динамические сдвиги развивались после более или менее продолжительного периода стабильного социального функционирования, у подэкспертных наблюдалось ухудшение психического состояния, реже

спонтанное, чаще связанное со злоупотреблением спиртными напитками, травмами головы, психогениями, утратой связей с близкими людьми.

Положительная динамика умственной отсталости достоверно чаще констатировалась у вменяемых лиц. Отрицательная динамика умственной отсталости также встречалась в обеих группах, но более выраженной она была у ограниченно вменяемых лиц, что объясняется преобладанием лиц, систематически злоупотребляющих психоактивными веществами, а также наличием у них психоорганического синдрома.

Для большинства подэкспертных привлечение к уголовной ответственности по настоящему делу было первым. Чаще подэкспертные совершали имущественные правонарушения. В отдельных случаях правонарушения против собственности сочетались с насилием (инструментальная агрессия).

Исследователи определяли совершение противоправных деяний лицами, страдающих психическими расстройствами, в том числе и умственно отсталыми, как один из вариантов социальной декомпенсации (Шумаков В. М., Позднякова С. П., Филиппких В. Е., 1981, Белов В. П., 1982, Simonian S.J. et al., 1991, Harris G.T. et al., 1994).

М. М. Мальцевой, В. П. Котовым (1995) факторы, способствующие совершению ООД и повышающие общественную опасность лиц с умственной отсталостью, разделены на клинико-психопатологические и социально-дезадаптирующие. К первым авторы относят эмоциональную неустойчивость, гиперактивность, расторможенность влечений, внушаемость. Наиболее же важными, по их мнению, в оценке общественной опасности при умственной отсталости являются социально-дезадаптирующие. Это особая чувствительность и высокая тропность умственной отсталости, как общей дизонтогенеза организма, к недостаткам воспитания и отрицательным

— низкий уровень фрустрационной толерантности, слабость волевого контроля поведения, подверженность эмоциональной дезорганизации психической деятельности.

## 2. Анамнестические

— улучшение уровня социального функционирования по сравнению с предыдущими периодами жизни в связи со стабилизацией эмоциональных и волевых расстройств, свидетельствующее о наличии потенциала адаптивных возможностей;

— ухудшение уровня социального функционирования в период, предшествующий совершению правонарушения (ниже ресурсов адаптивных возможностей лиц с легкой умственной отсталостью), подтверждающее нарушение механизмов адаптации.

Дополнительные критерии судебно-психиатрической оценки:

### 1. Клинические:

— склонность к импульсивным реакциям, аффективной ригидности или неустойчивости.

### 2. Анамнестические

— данные о пре-, пост- и неонатальной патологии, наследственной отягощенности в основном злоупотреблением родителями спиртными напитками;

— данные о наличии факторов, способствовавших декомпенсации состояния (травмы головы, злоупотребление спиртными напитками, ухудшение социальных условий);

— растянутость и неоформленность пубертатного криза с повышением влияния неблагоприятных микросоциальных факторов.

Сравнительный анализ состояния испытуемых двух групп позволил выделить признаки, ограничивающие применение положений ст. 22 УК РФ, т.е. подэкспертные в таких случаях признавались вменяемыми:

сочетались с агрессией по отношению к потерпевшим. В половине случаев потерпевшие — это ранее знакомые люди или родственники. Это может подтверждать данные о склонности лиц с умственной отсталостью к накоплению отрицательных переживаний.

Подэкспертные обеих групп совершали часто противоправные деяния по корыстным мотивам — 48,8% и 52,4% по группам соответственно.

На втором месте по частоте оказались ООД, совершенные по мотивам неприязненных отношений с потерпевшими — 36,6% и 47,6% по группам соответственно, что свидетельствует о недостаточной способности лиц с легкой умственной отсталостью конструктивно разрешать конфликты.

Для **ограниченно вменяемых** лиц характерно совершение правонарушений в силу внушаемости, подчиняемости, импульсивности. Достоверно чаще они совершали противоправные деяния совместно с соучастниками.

В качестве организаторов правонарушений достоверно реже выступали лица, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ и чаще вменяемые.

Анализ криминального поведения показал, что среди правонарушений, совершаемых лицами с легкой умственной отсталостью, преобладали имущественные деликты (по корыстным мотивам). Заранее спланированные корыстные правонарушения были характерны для вменяемых лиц, что говорит о преднамеренности и осознании ими противоправности своего поведения. В обеих группах правонарушения против жизни и здоровья (убийства, причинение вреда здоровью различной степени тяжести) были на втором месте по частоте. Состояние алкогольного опьянения усугубляло имеющуюся симптоматику: у части испытуемых на этом фоне нарастала эксплозивность, еще более снижались крити-

ческие и прогностические способности; другая часть становилась еще более внушаемой, легче игнорировала общепринятые правила поведения. Нужно отметить и такой факт, что нередко правонарушения против жизни и здоровья были спровоцированы самими потерпевшими.

Ранее на принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа находились чаще испытуемые, в отношении которых было рекомендовано применение ст. 22 УК РФ. На принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа находились только испытуемые первой группы. Часть ограниченно вменяемых ранее находилась на принудительном лечении неоднократно. Отбывали наказание в местах лишения свободы по прежним уголовным делам достоверно чаще вменяемые.

У подэкспертных основной группы имелись более выраженные парциальные нарушения психической деятельности (подверженность эмоциональной дезорганизации психической деятельности, недостаточная критика к своему состоянию и субъективно сложной ситуации, переоценка своих возможностей, недостаточность волевых задержек), которые препятствовали возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную своих действий и руководить ими.

### **2.3. Экспертные критерии судебно-психиатрической оценки умственной отсталости с учетом положений ст. 22 УК РФ**

Были выделены основная и дополнительная группы диагностических критериев. Определение значимости удельного веса критериев происходило с помощью коэффициента (К), который исчислялся как среднее значение отношений встречаемости дан-

ного признака в основной и контрольной группах. В группу основных критериев вошли клинические особенности легкой умственной отсталости, наличие или отсутствие которых определяло диагноз и характер экспертного заключения. В дополнительную группу диагностических критериев были отнесены факторы, оказывавшие косвенное влияние на характер экспертного заключения, но имеющие высокий удельный вес.

В результате проведенного исследования были определены критерии, которые позволяют рекомендовать применение ст. 22 УК РФ. Эти критерии по степени значимости в экспертной оценке разделены на две группы — основную и дополнительную. Они приводятся в порядке убывания удельного веса в структурно-динамической и судебно-психиатрической оценках.

В основную группу судебно-психиатрических экспертных критериев вошли:

#### **1. Клинические**

— степень выраженности расстройств эмоциональной и волевой сфер (в том числе незрелость и эмоциональная неустойчивость) не исключающая возможность самокоррекции и самоконтроля в стандартной ситуации;

— способность к формальному усвоению основных морально-этических норм с недостаточной их интериоризацией и пренебрежение ими при отсутствии внешнего контроля;

— недостаточно критическое отношение к себе, переоценка своих возможностей, особенно в субъективно сложной ситуации, недостаточная способность учета и анализа препятствий;

— ограниченность социальных контактов, трудности понимания мотивов поведения окружающих, подверженность средовым влияниям и зависимость от них, чувствительность к оценкам и критике окружающих;

сти в связи с волевыми нарушениями (внушаемость и подчиняемость). Расстройства волевой сферы, неспособность четко выделить социально приемлемые ценности способствовали вовлечению испытуемых третьими лицами в совершение противоправных деяний. В большинстве случаев криминальный деликт совершался с соучастниками, с непосредственным внешним побуждением. Реже внешнее побуждение было опосредованным, т. е. организаторы правонарушения в его совершении участия не принимали, подэкспертные действовали самостоятельно. Как правило, эта модель поведения подэкспертных имела место в имущественных противоправных деяниях. Механизмы правонарушений при этом связаны с повышенной внушаемостью, подчиняемостью. Характер экспертного заключения основывался на недостаточности волевых задержек поведения, нарушении способности выбора существенного и приемлемых ценностей, расстройстве критики к своей личности и поведению.

При судебно-психиатрической оценке легкой умственной отсталости и решении вопроса о необходимости применения принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 22 УК РФ) существенное значение имеют определение структуры психического расстройства и сопряженная с расстройством опасность. В соответствии с современными научными представлениями судебные психиатры различают продуктивно-психотические и негативно-личностные механизмы правонарушений (Мальцева М. М., Котов В. П., 1995). Как правило, умственно отсталые совершают противоправные деяния по второму типу. Конкретные формы этих вариантов достаточно разнообразны, более подробно они были проанализированы выше. Негативно-личностные механизмы встречаются чаще продуктивно-психотических механизмов и обнаруживают тенденцию к повторению. Необходимость применения принудительных

— совершение правонарушения в группе, где испытуемые были лидерами или инициаторами, тщательно скрывали следы содеянного;

— совершение правонарушения самостоятельно после длительного планирования и подготовки;

— настойчивость в отстаивании своих взглядов, тенденция исходить из собственных интересов и потребностей.

Обобщая изложенное, можно сказать, что судебно-психиатрическая оценка легкой умственной отсталости происходила по общепринятым в отечественной психиатрии принципам.

На первом этапе диагноз верифицировался, проводилась дифференциальная диагностика для исключения сходных с умственной отсталостью состояний.

Второй этап являлся началом собственно судебно-психиатрической оценки, когда решался вопрос о способности подэкспертных осознавать фактический характер и общественную опасность инкриминируемых действий и возможности руководить ими. В основе этого лежали традиционные критерии «вменяемости-невменяемости», разработанные отечественными исследователями (Фрейеров О. Е., 1964; Шостакович Б. В., 1988, Горинов В. В., 1990 и др.).

На третьем этапе судебно-психиатрической диагностики определялось наличие или отсутствие основных критериев, ограничивающих вменяемость. Если обнаруживались факторы, которые исключали возможность рекомендации норм ст. 22 УК РФ, то испытуемые признавались вменяемыми. Сочетание нескольких основных диагностических критериев практически всегда позволяло вынести экспертное заключение в отношении подэкспертных о необходимости применения ст. 22 УК РФ.

Согласно целям и задачам исследования проводился комплексный анализ детерминант противоправного поведения лиц с легкой умственной отсталостью с использованием интегративно-факторной

триады «синдром — личность — ситуация». Анализ ситуации противоправного деяния способствовал выделению ведущего механизма и мотива его совершения. Мы использовали предложенное М. М. Мальцевой и В. П. Котовым (1995) разделение противоправных деяний, совершаемых психическими больными по продуктивно-психотическому и негативно-личностному вариантам. Правонарушения лицами с легкой умственной отсталостью совершаются преимущественно по негативно-личностному варианту. Анализ подобного варианта совершения противоправных деяний умственно отсталыми лицами позволил выделить типовые модели поведения.

При первой форме поведения преступления совершаются в ситуации резко повышенных требований к психике умственно отсталых. Обычно эти правонарушения направлены против здоровья и жизни других людей и происходят без предварительного планирования и подготовки. Чаще подобные противоправные деяния подэкспертные совершали самостоятельно. При этом реализовывалась связь «защита-нападение». т.е. в большинстве случаев потерпевшие угрожали словесно или применяли физическую силу по отношению к подэкспертным, иногда в течение длительного времени. В ответ подэкспертные, воспринимая сложившуюся ситуацию как реальную угрозу своей жизни, пытались защититься. Их действия выходили за рамки защитных, потерпевшим наносились телесные повреждения различной степени тяжести или совершалось убийство. При такой модели поведения ведущими механизмами преступления являются аффектогенные и ситуационно-импульсивные на фоне неспособности нейтрального разрешения конфликта. Часто потерпевшими оказывались родные, близкие или знакомые. На характер экспертного решения оказывали влияние нарушение критического отношения к своей личности, недостаточность про-

гнозирования своего поведения и его эмоционального контроля в субъективно сложной ситуации.

В основе реализации этой модели противоправного поведения лиц с легкой умственной отсталостью лежит недостаточная способность установления межличностных отношений. Также сюда можно отнести нарушение целостного восприятия ситуации, неспособность конструктивного или нейтрального разрешения субъективно сложной ситуации, аффективную неустойчивость или ригидность, склонность к эмоциональной дезорганизации психической деятельности.

Вторая форма поведения имеет место в случаях, когда правонарушение обусловлено интеллектуальной недостаточностью. Интеллектуальный дефект является причиной недостаточной интериоризации морально-этических норм или более легкого игнорирования при сохраненной способности их усвоения. Волевые нарушения являются причиной повышенной склонности к реакциям имитации и подражания, нарушения критического отношения к своей личности и поведению. Такая модель поведения встречалась при различных по характеру правонарушениях — как имущественных, так и агрессивных. При этом противоправные деяния могли совершаться самостоятельно или с соучастниками. Ведущими мотивами правонарушений при данной модели поведения испытуемых были анэтические и связанные с нарушением влечений. На характер экспертного решения оказывали влияние интеллектуальная недостаточность (склонность к эмоциональной дезорганизации психической деятельности), недостаточно критическое отношение к своей личности, неспособность сознательно регулировать свое поведение, нарушение интеллектуально-волевого контроля.

При третьей модели поведения отмечалось нарушение целенаправленности сознательной деятельно-

ствами, не исключаящими вменяемости. Такие меры могут быть назначены «только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц». Таким образом, критерием назначения принудительного лечения в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ является психическое расстройство, которое обуславливает повышенную («существенную») общественную опасность лица.

В судебно-психиатрической деятельности психиатру нередко приходится оценивать опасность подэкспертного. Опасность является важным основанием для того, чтобы рекомендовать принудительное лечение лицу с непсихотическим психическим расстройством.

В соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ психическое расстройство, не исключаящее вменяемости, учитывается судом и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Психическое расстройство является необходимым, но недостаточным основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Назначение таких мер в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра возможно только при наличии критериев, содержащихся в ч. 2 ст. 97 УК РФ, т.е. тогда, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц. Таким образом, критерием назначения принудительного лечения в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ является повышенная («существенная») общественная опасность вменяемых лиц, обусловленная наличием у них психического расстройства.

Удельный вес подэкспертных, подпадающих под действие ст. 22 УК РФ, составил в РФ в 2006 г. около 5% от числа лиц, направленных на судебно-

мер медицинского характера лицам с легкой умственной отсталостью связана с тем, что неспособность полностью осознавать фактический характер своих действий либо руководить ими может привести к повторному совершению правонарушений. К тому же имеющееся психическое расстройство может быть связано с опасностью для себя или других при отсутствии необходимой психиатрической помощи.

Практически всем обследованным подэкспертным было рекомендовано применение принудительных мер медицинского характера в виде амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра, совмещенного с наказанием. Такой подход был продиктован наличием ряда факторов.

1. Возраст подэкспертных от 19 до 25 лет свидетельствует о высокой криминогенной предрасположенности, личностной незрелости, неспособности адекватного прогнозирования своих поступков.

2. Неоднократное совершение противоправных деяний, по поводу которых подэкспертные ранее отбывали наказание или проходили принудительное лечение, может способствовать формированию противоправного стереотипа поведения.

3. Совершение противоправных деяний, в характере которых прослеживается нарастание тяжести.

4. Совершение правонарушения в состоянии декомпенсации, неустойчивой компенсации, относительной компенсации, склонность к декомпенсациям в анамнезе.

5. Наличие в анамнезе данных о принудительном лечении в психиатрическом стационаре ранее.

**3. Критерии назначения принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ч. 2 ст. 22 УК РФ)**

Наряду с необходимостью оценивать ограниченную возможность лиц с психическими расстройствами регулировать свои действия в криминальной ситуации, осуществлять их произвольный волевой контроль, у психиатров-экспертов возникает необходимость определения критериев назначения принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 22 УК РФ). Эти меры в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч. 2 ст. 99 УК РФ) назначаются тогда, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения лицом иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (ч. 2 ст. 97 УК РФ).

Качество психического расстройства, требующее применения принудительных мер медицинского характера, характеризуется как общественная опасность. Целью применения указанных мер является излечение либо улучшение психического состояния, превенция совершения новых преступлений. В данном случае речь идет о предотвращении повторения преступлений. Поэтому, по мнению современных психиатров и психологов В. П. Котова (2004), И. А. Кудрявцева (1997), Ф. С. Сафуанова (2003), правомерно говорить о том, что оказание лечебной помощи должно способствовать достижению целей на-

казания. Эти же авторы указывали, что к факторам риска совершения повторных правонарушений относятся расстройства, влияющие на мотивацию преступления, и способность к избирательному поведению.

Удельный вес подэкспертных, подпадающих под действие ст. 22 УК РФ, составил в РФ в 2006 г. 3,4% от числа лиц, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу. Принудительное лечение было рекомендовано 77,2% лиц. В разных регионах страны предлагались различные рекомендации применения указанных принудительных мер медицинского характера. Так, в 8 субъектах РФ лечение вообще не рекомендовалось, в 30 регионах страны эта мера рекомендовалась в 100% случаев (Мохонько А. Р., 2006).

На сегодняшний день остаются малоразработанными экспертные критерии назначения принудительных мер медицинского характера подэкспертным с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

**3.1. Состояние проблемы**

Согласно пункту «в» ч. 1 ст. 97 УК РФ, регламентирующей основания применения принудительных мер медицинского характера, такие меры могут быть назначены судом лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости. Указанный признак является необходимым, но недостаточным для назначения принудительного лечения. Назначение принудительных мер медицинского характера возможно только при наличии критериев, содержащихся в ч. 2 ст. 97 УК РФ. Указанная статья УК РФ раскрывает обязательные условия (показания, основания) для назначения мер медицинского характера лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстрой-



ности и им вполне по силам с этим справиться, делая прогноз на основании таких характеристик, как возраст, пол, клинический диагноз, опыт совершения насильственных преступлений, употребление психоактивных веществ, высказываемые в чей-то адрес угрозы.

В целом же лучшим предиктором будущего поведения является криминальное поведение в прошлом. Проявления агрессии в прошлом, особенно в самых разных ситуациях, позволяют с определенной вероятностью предполагать агрессию в будущем, независимо от того, обнаруживает ли преступник психическое расстройство или он психически здоров. Более того, чем чаще те или иные проявления поведения актуализируются в различных ситуациях, тем более точным будут прогноз. Особенно тщательно следует оценивать информацию об особенностях личности и стереотипах поведения.

Одной из наиболее перспективных методик является «Алгоритм оценки риска насилия» (Violence Risk Assessment Guide — VRAG). Методика представляет собой комплекс из двенадцати переменных, которые были отобраны для прогнозирования опасного поведения. В число переменных включены такие характеристики, как разлучение субъекта с родителями до пубертатного возраста, психическое расстройство, делинквентное поведение в школе, ранний алкоголизм, симптомы расстройства личности.

Лучшим предиктором совершения рецидивных актов насилия оказались показатели по шкале расстройства личности. Один этот показатель позволил лучше предсказывать совершение повторных делитов, чем любая комбинация других переменных криминального анамнеза. Самыми надежными предикторами предсказания опасности являются биографические и клинические признаки. Из работ, в которых при определении опасности приоритет отдается клиническим факторам, заслуживают вни-

психиатрическую экспертизу. Принудительное лечение было рекомендовано 79,2% лиц, в отношении которых рекомендовалось применение этой нормы. В разных регионах страны предлагались разные рекомендации применения этой меры медицинского характера. Так, в 13 субъектах РФ лечение не рекомендовалось, в 5 регионах отмечены единичные случаи рекомендации применения ч. 2 ст. 22 УК РФ, в 29 регионах страны такая мера рекомендовалась в 100% случаев (Мохонько А. Р., 2006).

Адекватное и своевременное назначение подэкспертным амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра может значительно повысить общую эффективность профилактических мероприятий по предупреждению повторных криминальных действий.

Прогнозирование риска криминального поведения лиц с непсихотическими психическими расстройствами — актуальная проблема судебной психиатрии. До настоящего времени, как показывают данные литературы, каких-либо апробированных правил оценки опасности нет, трудно также определить понятие опасности и методы предсказания.

Проблема стала особенно актуальной, например, после рассмотрения в судах США нескольких уголовных дел, в которых в качестве обвиняемых фигурировали лица, обвинявшиеся в совершении особо тяжких преступлений и обнаруживавшие те или иные психические расстройства (дела Чарльза Уайтмэна, Джеймса Хьюберти, Просенжита Поддара). Судьи, рассматривавшие эти дела, полагали, что психиатры могут со значительной точностью предсказать кто будет опасен, а кто нет (Hare R.D., 1991; Harris, G.T., Rice, M.E., Cormier C.A., 1991; Grann M., Langstrom N., Tengstrom A., 1999). В свою очередь психиатры и психологи вставали перед этической дилеммой между необходимостью защитить общество от субъекта, у которого вероятны проявле-

ния агрессивного поведения, и обязанностью соблюдать права человека (Kosson D.S., Smith, S.S., Newman J.P., 1990; Steadman H.J., Deane M.W., Morrissey J.P., 1999).

Клиницисты и психологи были также озабочены вопросом, как ясно и четко определить значительный риск и вероятность насилия.

Во многих исследованиях утверждается, что, если даже имеется комплекс факторов, который убеждает суд в очевидной потенциальной опасности лица, то это не оберегает от перестраховочных тенденций, от «ложной тревоги» (Steadman H.J., Deane M.W., Morrissey J.P., 2003). Даже наиболее сложные статистические методы прогнозирования дают, как минимум, от 60 до 70% ложных положительных предсказаний (то есть таких предсказаний, в которых признаются опасными люди, которые в дальнейшем не совершают опасных действий). Речь идет о выведении статистических или актуарных прогнозирующих индексов, которые объективно указывают оптимальное решение. Такой подход обычно противопоставляется клиническому прогнозу, который предполагает субъективную оценку риска (Bonta J., Law M., Hanson K., 1998).

Несмотря на эти критические высказывания, статистические инструменты для оценки риска в течение некоторого времени использовались в пенитенциарной системе США, чтобы помочь принимать решения в отношении условно-досрочного освобождения «под честное слово» (Salekin R., Rogers R. & Sewell K., 1996). Примерами таких инструментов могут служить «Базовая оценка прогноза» (Base Expectancy Score), «Опросник для оценки уровня надзора» (Level of Supervision Inventory), «Показатель по основному фактору» (пересмотренный) (Salient Factor Score) и «Шкала оценки статистической информации о рецидивах» (Statistical Information on Recidivism Scale). В Соединенном Ко-

ролевстве были разработаны аналогичные методы количественной оценки для определения показателей «риска повторного осуждения». Ряд методик применялся для прогноза возможной опасности лиц, которых освидетельствовал Совет по условно-досрочному освобождению.

Структурированная клиническая оценка представляет собой сочетание эмпирических знаний и профессионального клинического опыта. Сторонники этой модели утверждают, что точность клинического прогноза в отношении риска проявления насилия можно значительно повысить, если соблюдаются определенные процедуры:

а) оценки осуществляются с помощью опубликованной схемы с четкими определениями;

б) существует достаточная согласованность между экспертами благодаря их подготовке, знаниям и опыту;

в) прогноз осуществляется для определенного типа поведения в течение установленного периода;

г) насильственные действия можно обнаружить и зарегистрировать;

д) доступна вся относящаяся к делу и подтвержденная информация;

е) статистические оценки корректируются только в том случае, когда это оправданно.

В соответствии с этими положениями были разработаны несколько инструментов для оценки риска проявления насилия в клинических условиях. К ним относятся: «Шкала (20 пунктов) менеджмента анамнестических и клинических факторов риска» (Historical/Clinical/Risk Management scale — HCR), «Критерии оценки риска нападения на супругу» (Spousal Assault Risk Assessment Guide) и «Шкала для оценки риска сексуального насилия» (Sexual Violence Risk scale).

Исследователи полагают, что от клиницистов требуется только свидетельство о вероятности опас-

бильные индивидуально-психологические особенности, а также установление такого влияния аномалий, которое ограничивает способность к свободно-му выбору действий в ситуации. Этим критериям отвечает определение ограниченной вменяемости у обвиняемых, совершивших преступления по механизмам: отсроченной агрессии; агрессии при неадекватной оценке ситуации вследствие недоразвития; агрессии в состоянии атипичного алкогольного опьянения; агрессии в структуре декомпенсации. Дисгармоничная структура личности, умственная отсталость могут обусловить опасность в нейтральных ситуациях. Повышают опасность частые декомпенсации состояния, которые облегчают проявления агрессии в широком диапазоне ситуаций — от фрустрирующих до нейтральных.

Л. О. Пережогин (2001) предложил следующие экспертные критерии применения ст. 22 УК РФ в отношении обвиняемых с расстройствами личности — парциальная личностная незрелость, сопровождающаяся снижением критических способностей; нарушение прогностических функций, сопровождаемое трудностями в определении целей, в оценке приоритетов, и регулировании эмоциональных реакций; аффективные расстройства, высокая агрессивность, частые декомпенсации состояния в анамнезе. Эти же критерии можно использовать при указании на необходимость назначения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения подэкспертным, в отношении которых была применена ст. 22 УК РФ. Особенно это касается тех лиц с непсихотическими психическими расстройствами, которые неоднократно привлекались к уголовной ответственности или ранее находились на принудительном лечении.

И. В. Горшков (1997) высказал мнение о возможности применения критериев так называемой ограниченной вменяемости и принудительных мер ме-

мания «Пересмотренный контрольный перечень вопросов для оценки психопатии» и «Контрольный перечень вопросов для оценки психопатии: скрининговая версия». В этих перечнях важное значение отводится таким признакам, как чрезмерное чувство собственной значимости, потребность в стимуляции, импульсивность, отсутствие вины и раскаяния, склонность к манипулированию другими людьми, отсутствие реальных целей, неспособность взять на себя ответственность и т. д.

Другим перспективным средством оценки риска является шкала HCR — 20 (Historical/Clinical/Risk/Management). Базис этой шкалы — три группы факторов: биографические, клинические и факторы будущего риска. Шкала содержит двадцать пунктов. К числу биографических пунктов относится «агрессивное поведение в прошлом» — один из самых сильных предикторов опасности. Другой важный показатель — «юный возраст во время совершения первого насилия». Отсюда, чем в более раннем возрасте человек совершил первый криминальный деликт, тем с большей вероятностью модус поведения будет проявляться в будущем. К другим признакам относятся — слабая адаптация к социуму в раннем возрасте, нестабильность интерперсональных отношений, отсутствие постоянного места работы, употребление психоактивных веществ, наличие аффективных расстройств в анамнезе. Клинические признаки — это умственная отсталость, враждебность, открытая агрессия, психическое расстройство. В предсказании агрессивного поведения наиболее значимы фантазии садистского содержания, суицидальная и гомицидная идеация. Факторы будущего риска связаны и с условиями, в которых индивидуум окажется после освобождения из исправительного учреждения.

Важными предикторами являются неспособность планировать и легкая подверженность стрессу, параноидные идеи, отсутствие самоконтроля и раска-

яния, необычный характер насилия, склонность, не считаясь ни с чем, добиваться удовлетворения потребностей.

Ряд исследователей предлагают при оценке опасности использовать специфические шкалы ММРІ, в частности стандартные F и Pd, шкалы экстраверсии и импульсивности. Показатели по этим шкалам коррелируют с насилием и рецидивизмом вообще.

Спорным представляется вопрос о том, следует ли уделять внимание таким факторам, как энурез в детстве, поджоги, жестокое обращение с животными. Имеются сведения, что наилучшими предикторами его проявления среди лиц с психическими расстройствами являются те же демографические факторы, что и в группе психически здоровых преступников; самыми слабыми предикторами оказались клинические факторы — диагноз и личностные характеристики.

Окончательное решение об опасности остается за судами, которые должны добиваться сбалансированного решения социальных и моральных вопросов, делая выбор между свободой человека и общественной безопасностью.

В современной отечественной психиатрии вопросу опасности лиц с непсихотическими психическими расстройствами также придается важное значение.

Клиническими признаками, дающими основание к применению ст. 22 УК РФ, являются динамические сдвиги в форме декомпенсаций психических расстройств, сопряженных с такими феноменами, как выраженные аффективные колебания депрессивно-дисфорического, гипоманиакального типа, признаки личностной незрелости. Эти признаки могут формироваться в условиях длительной психотравмирующей ситуации, предшествующей криминалу (Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б., 2000; Пережогин Л. О., 2001; Васянина В. И., 2002; Банщикова Е. Г., 2002; Распономарева О. В., 2002).

И. А. Кудрявцев (1999) отмечал, что роль психического расстройства в развитии или проявлении инкриминированного противоправного деяния может быть транзиторной, связанной с трагическим стечением случайных ситуационных условий, с очень редкой констелляцией неблагоприятных патобиологических и патопсихологических обстоятельств, в систему которых включена психическая аномалия. В этом случае ее влияние на криминальный рецидив, сохраняющуюся общественную опасность личности обвиняемого минимально. В связи с этим принудительные меры медицинского характера могут не применяться. В то же время социальная опасность может быть устойчиво высокой, связанной с более жестким, прямым, социально менее опосредованным, в существенной мере детерминирующим влиянием психического расстройства на поведение. Автор выделил структурно-динамические характеристики состояния лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, в отношении которых рекомендуется применение ч. 1 и ч.2 ст. 22 УК РФ. К ним относятся частота и легкость возникновения динамических сдвигов, тенденция к колебаниям настроения, морально-этическое снижение, нарушение мотивации, прогностических способностей, антисоциальные ценностные ориентации, низкая фрустрационная толерантность. Наличие комплекса этих показателей свидетельствуют о необходимости назначения судом принудительных мер медицинского характера, совмещенных с наказанием.

К факторам риска повторных опасных действий Ф. С. Сафуанов (2004) относит психические расстройства, непосредственно влияющие на мотивацию преступления и способность к избирательному поведению. Выявление криминогенных факторов предполагает определение механизмов криминальной агрессии, в которых решающее значение имеют ста-

пубертатного периода попадали под влияние асоциальных лиц и вместе с ними начинали бродяжничать, употреблять алкоголь, вовлекались в совершение правонарушений. Семейное неблагополучие, безнадзорность, употребление алкоголя, незавершенное образование являлись предикторами их общественно опасного поведения (Сыропятов О. Г., 1986).

Примерно каждый десятый подэкспертный с умственной отсталостью находился на принудительном лечении, так как признавался невменяемыми после совершения преступления.

Большинство подэкспертных с умственной отсталостью после окончания школы или прекращения учебы не работали. Для многих подэкспертных привлечение к уголовной ответственности было повторным, в основном за корыстные правонарушения, совершаемые без предварительного планирования. Для умственно отсталых подэкспертных были характерны когнитивная недостаточность, преимущественно конкретный тип мышления, нарушения памяти. Были отмечены также утомляемость и истощаемость психических процессов, аффективная ригидность. Они были склонны к переоценке своих возможностей, особенно в субъективно сложной (криминальной) ситуации, что свидетельствует о недостаточности целостного учета и анализа ситуации, нарушениях критических оценок своей личности. У подэкспертных имели место сложности установления межличностных взаимоотношений, склонность к импульсивным формам реагирования, неспособность отсрочить возникающие побуждения, что говорит о недостаточности волевого контроля своего поведения.

Для состояния подэкспертных была характерна отрицательная динамика в виде нарастания расстройств в эмоциональной и волевой сферах, социальной дезадаптации.

дицинского характера к субъектам с расстройствами личности, которые обнаруживают патологические формы агрессивного поведения (дефицитарная и деструктивная агрессия, по Г. Аммону).

З. Г. Абдурагимова (1999) в своей работе отметила, что в случаях осуждения лиц, страдающих шизофренией, признанных ограниченно вменяемыми, им должно назначаться амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра в местах лишения свободы

Т. А. Николаева (2002) считает, что принудительные меры медицинского характера показаны всем подэкспертным с легкой умственной отсталостью при признании их ограниченно вменяемыми в связи с тем, что общественно опасное поведение этих лиц можно расценить как один из вариантов декомпенсации. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра должно предусматривать возможность проведения медико-коррекционных и социально-реабилитационных мер с целью улучшения адаптивных возможностей и профилактики повторного совершения противоправных деяний.

Е. С. Андреева (2000), предлагая критерии ограниченной вменяемости при экспертизе лиц с органическими психическими расстройствами, отметила, что стабильные, реализующиеся в разных обстоятельствах проблемы самостоятельной организации собственного поведения, снижение способности субъекта к интеллектуальному и волевому контролю поведения значительной мере обуславливают и высокую вероятность назначения таким лицам мер медицинского характера.

Клинико-катамнестическое исследование проведенное на большом контингенте лиц с различными непсихотическими психическими расстройствами, позволило предложить следующие критерии опасности.

Клинико-психопатологические критерии:

- частота и легкость возникновения клинико-динамических сдвигов (аффективные фазы, декомпенсации состояния);
- состояние неустойчивой компенсации при совершении правонарушения и на момент обследования;
- расстройство влечений (злоупотребление ПАВ);
- высокая агрессивность;
- психопатоподобное поведение;
- парциальная личностная незрелость, сопровождающаяся снижением критических способностей.

Дополнительные (патопсихологические, социальные) критерии:

- низкий уровень фрустрационной толерантности;
- недостаточная способность или неумение использовать прошлый опыт;
- нарушение прогностических способностей;
- подверженность средовым влияниям и зависимость от них, чувствительность к оценкам и критике окружающих;
- социальная дезадаптация;
- лечение в психиатрических стационарах, в том числе принудительное лечение;
- в анамнезе судебно-психиатрические освидетельствования с заключением о невменяемости;
- неоднократное привлечение ранее к уголовной ответственности;
- преобладание в структуре совершаемых правонарушений преступлений против личности;
- «прямая» ситуационная мотивация преступления.

### 3.2. Характеристика клинических наблюдений

Подэкспертные, в отношении которых рекомендовалось амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, воспитывались в неполных семьях, в ус-

ловиях гипоопеки, к ним применялось насилие. С детства у них отмечались нарушения адаптивного поведения, обусловленные наличием психопатоподобных расстройств. На недостаточность социальной адаптации значительное влияние оказывали неблагоприятные факторы микросоциума. Отсутствие должного внимания со стороны родителей в неблагополучных семьях, отрицательный социальный пример, раннее начало употребления подэкспертными алкоголя и токсических веществ нарушали социализацию, приводили их к совершению противоправных деяний в раннем возрасте.

В этой группе чаще можно констатировать не только безнадзорность, но и высокую наследственную отягощенность зависимостью от ПАВ, и в связи с этим крайне неблагоприятное микросоциальное окружение.

Преобладали лица, которые с детства отставали в психическом развитии, что в последующем сказалось на нарушении социализации и полноценной социальной адаптации.

Достаточно распространенным было наличие лидеров с устойчивой антисоциальной направленностью. Отмечена в этой группе и высокая доля лиц с выраженными, длительными и стойкими поведенческими нарушениями, склонных к делинквентному поведению (учет в инспекции по делам несовершеннолетних, лечение в психиатрическом стационаре, наблюдение в психоневрологическом диспансере).

Умственная отсталость была осложнена расстройствами поведения. К обучению в школе подэкспертные не были подготовлены. В специализированных школах для умственно отсталых детей подэкспертные удовлетворительно усваивали материал школьной программы. Большинство из них не смогли окончить курс коррекционной школы и получить какую-либо специальность, так как еще до наступления

*рефлексы живые, равномерные. Патологических и менингеальных знаков нет.*

*Психическое состояние. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Понимает цель экспертизы. Анамнестические сведения сообщает кратко, в хронологическом порядке. Заметных нарушений памяти не обнаружено. Мимика адекватна теме беседы. Запас школьных знаний мал. Мышление конкретное. Суждения примитивны и легковесны, некоторые доводы наивны. Говорит короткими фразами, словарный запас ограничен, часто использует речевые штампы. О негативных сторонах своей жизни умалчивает, старается показать себя с лучшей стороны. В то же время бравирует тем, что не подчиняется матери, открыто курит. Держится настороженно, напряженно, от обсуждения содеянного старается уклониться, поначалу дает совершенно несущественные пояснения, даже не имеющие отношения к деянию. Замыкается или раздражается, если эксперт настойчиво переводит разговор на инкриминируемое ей деяние. Активно защищается, обвиняет в неправильном поведении потерпевшую, с которой ранее произошел конфликт. Совершение грабежа приписывает своему малолетнему брату, так как «он пакеты взял, а я даже не знала, что там лежит». Негативно отзывается и о взрослом соучастнике (своем знакомом), который «пришел к нам, если бы не пришел, то мы бы гулять не пошли, ничего бы не случилось». Периодически появляются слезы на глазах, пытается вызвать сочувствие экспертов. Эмоциональные реакции лабильные, снижен эмоциональный контроль поведения. Понимает, что совершила преступление. Опасается возможного наказания. Критика к своему состоянию и поведению недостаточна.*

*При экспериментально-психологическом исследовании подэкспертной выявлено следующее. Спо-*

*Подэкспертные понимали противоправный характер своих действий во время совершения ООД, но возможности адекватного прогноза поведения у них были недостаточны. Эмоционально-волевые нарушения оказали отрицательное влияние на интеллектуальный контроль своего поведения (эмоциональная дезорганизация интеллектуальной сферы). Основанием для рекомендации ч.1 и ч.2 ст.22 УК РФ являлись выраженные расстройства в эмоциональной и волевой сферах, нарушения критических и прогностических способностей.*

*В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение.*

*Подэкспертная Г., 1986 г.р., обвиняется по ст. 161 ч.2 УК РФ.*

*Г. родилась первым ребенком в семье рабочих. Отец злоупотреблял алкоголем, был вспыльчивым, агрессивным, неоднократно судим, в том числе за причинение жене вреда здоровью. Мать одна воспитывала детей, она также злоупотребляла алкоголем и уделяла недостаточно внимания детям. Подэкспертная от первой беременности (поздней, матери было 32 года), протекавшей без патологии. Во время беременности мать употребляла алкоголь. Роды срочные, путем кесарева сечения. На искусственном вскармливании с 1,5 месяцев. В раннем детстве часто болела простудными заболеваниями, бронхитами. Подэкспертная заметно отставала в психическом развитии от сверстников: начала ходить в 2 года, фразовая речь появилась в 5 лет. Детский сад посещала с 3 лет. Отличалась плаксивостью, неусидчивостью, устраивала «истерики». В дальнейшем наблюдались раздражительность, вспыльчивость. До 12 лет наблюдался энурез и сногворения. В школе с программой не справлялась. Была конфликтна, криклива, подруг не имела. Обращало на себя внимание использование в речи «взрослых штампов», смысла которых сама*

подэкспертная не понимала. В связи с нарушениями поведения и неуспеваемостью была направлена на стационарное обследование в Вологодскую областную психиатрическую больницу, где был выявлен скудный запас знаний. Слабо владела навыками счета, смысла прочитанного не улавливала. Был поставлен диагноз: «Дебильность, синдром двигательной расторможенности», рекомендовано обучение во вспомогательной школе. Мать подэкспертной рекомендацию игнорировала, Г. продолжила учебу по общеобразовательной программе, затем была переведена во 2-й класс вспомогательной школы. По поводу расстройств поведения постоянно наблюдалась психиатром. Уже в 3 классе подэкспертная стала прогуливать уроки, курить, употреблять алкоголь. Родители воспитанием не занимались, злоупотребляли алкоголем, Г. была предоставлена самой себе. В 4 классе стали наблюдаться случаи воровства. С 5 класса подэкспертная была переведена в другую вспомогательную школу, где с первых же дней проявила себя конфликтной, легко возбудимой, грубила в ответ на замечания. Из школьной характеристики известно, что курила, не скрываясь от учителей. Успевала плохо, прогуливала занятия, с легкостью всех обманывала. В октябре 1999 г. ей проводилась психиатрическая экспертиза как потерпевшей. Диагноз: «Дебильность с психопатоподобным поведением». В заключении экспертов отмечено, что интеллектуальная несостоятельность, внушаемость, склонность к фантазированию лишали ее способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания; на поведение Г. в криминальной ситуации существенное влияние оказали личностная и эмоционально-волевая незрелость. После этой ситуации подэкспертная еще хуже стала посещать школу, часто не ночевала дома, периодически употребляла алкоголь.

В связи с расстройствами поведения в течение 2 месяцев лечилась в психиатрической больнице. В первое время пребывания в стационаре конфликтовала с больными, отмечалась не критичность к своему поведению и асоциальному образу жизни. Пребыванием в стационаре тяготилась. В результате лечения состояние её стабилизировалось, поведение упорядочилось, В дальнейшем Г. соблюдала режим отделения, принимала участие в трудовых процессах. В стационаре подэкспертная окончила 6 класс и была переведена в 7. Улучшение поведения было кратковременным, в дальнейшем она вновь слабо успевала, беспричинно пропускала занятия. В школьной характеристике того времени отмечалось, что Г. «могла бы учиться хорошо, но из-за частых прогулов успевает удовлетворительно; конфликтна в школе и дома, работает по настроению, может ругаться в присутствии учителя, склонна к бродяжничеству, гуляет с мужчинами, своим поведением оказывает отрицательное влияние на других ребят». Проживала с матерью и младшим братом, матери не подчинялась.

Как следует из материалов уголовного дела, 17.10.00 г. около 18 час. Г., находясь в состоянии алкогольного опьянения, вместе с младшим братом и знакомым открыто с применением насилия, не опасного для жизни и здоровья, похитили имущество у П.

При обследовании обнаружено следующее.

**Физическое состояние.** Среднего роста, удовлетворительного питания, диспластична. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Внутренние органы без патологии.

**Неврологическое состояние.** Глазные щели равновеликие, движения глазных яблок в полном объеме. Легкая сглаженность носогубной складки справа. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Сухожильные



рессию. У большинства подэкспертных в детстве отмечались различные страхи (темноты, замкнутых помещений, высоты).

В школе подэкспертные плохо адаптировались, хотя и имели способности. В классе их часто не замечали или издевались над ними, вследствие чего многие из них отказывались от посещения школы. У подэкспертных отмечались трудности в поведении, быстрая смена настроения, вспыльчивость, вследствие чего они переводились на индивидуальное обучение. Большинство подэкспертных затем вновь продолжали учебу, но учились без желания, их успеваемость была невысокой. Стойких увлечений и интересов, любимых предметов у них не было. В подростковом возрасте многие из них переносили психические травмы (в основном это были уходы одного из родителей из семьи, самоубийства или помещение в места лишения свободы близких родственников). После этого они переставали ходить в школу, становились плаксивыми, раздражительными, замкнутыми. Многие из них дружили с асоциальными лицами, начинали курить, злоупотреблять алкоголем, совершать правонарушения. На меры воспитательного характера они реагировали неадекватно, вследствие чего помещались в психиатрические стационары с диагнозом «Патохарактерологическое развитие личности». После курса лечения они продолжали учебу в школе, но далеко не все смогли ее закончить. Только четвертая часть получила среднее или среднее специальное образование. Отношения в семье у подэкспертных не складывались. Они убегали из дома, бродяжничали, совершали кражи.

Только небольшая часть подэкспертных вступили в брак и имели детей. Как правило, браки быстро распадались. Причинами этого служили постоянные конфликты, употребление алкоголя, нежелание принимать участие в решении бытовых воп-

*способность к проведению основных мыслительных операций сохранена. Уровень обобщений невысок. Мышление конкретное. Преобладает механическая память: из 10 слов через час вспомнила 8. Простые инструкции усваивает легко, но уровень умственных достижений низкий ввиду выраженной неустойчивости внимания, неравномерности усвоенной школьной программы. Цветовой выбор указывает на повышенную активность, стеничность, стремление к ярким впечатлениям, событиям, переживанию острых ощущений наряду с легко возникающими реакциями протеста, негативизма, вспыльчивости. В эксперименте старательна, стремится выглядеть в лучшем свете, показывает дневник с положительными оценками, тетради. У подэкспертной слабо интериоризованы общепринятые нормы и правила, искажены морально-нравственные ценности. В момент деяния она действовала в соответствии с незрелой мотивацией, обусловленной обидой на потерпевшую, с игнорированием социальной и общественной значимости и последствий деяния. В то же время в поведении имеются упроченные навыки подобных агрессивных действий, достаточные элементы их планирования.*

*Заключение экспертной комиссии: «Умственная отсталость легкая с нарушениями поведения». При диагностике указанного психического расстройства принимались во внимание данные анамнеза о наследственной отягощенности (алкоголизм матери и отца). Её мать также систематически употребляла алкоголь во время беременности. Подэкспертная отставала в психомоторном развитии с раннего детства, была неспособна к обучению в общеобразовательной школе, она также плохо усваивала программу вспомогательной школы. У нее наблюдались выраженные нарушения поведения в виде двигательной расторможенности, конфликтности, неусидчивости на уроках, склонности к общению с*

*лицами с асоциальными установками. Она рано начала употреблять алкоголь, бродяжничать, что стало причиной госпитализаций в психиатрический стационар. При настоящем исследовании обнаружены невысокий интеллектуальный уровень, снижение мнестических процессов и конкретное мышление, легковесность суждений, личностная незрелость, эмоциональная неустойчивость. Во время совершения инкриминируемого деяния она не в полной мере осознавала фактический характер и общественную опасность своих действий и руководила ими, поскольку был ослаблен осознанно-волевой контроль. В связи с нарушениями в эмоционально-волевой сфере комиссия рекомендовала применение в отношении Г. амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, совмещенного с наказанием, согласно ст. ст. 22, 97, 98, п. а ч. 1 99 УК РФ.*

Анализируя данное наблюдение можно отметить, что злоупотребление обоими родителями алкогольными напитками, употребление алкоголя матерью во время беременности, осложненные путем кесарева сечения роды могли явиться пре- и перинатальными факторами формирования умственной отсталости. В последующем у Г. преобладали повышенная возбудимость, двигательная расторможенность, которые на фоне социальной депривации (гипоопека, жестокость отца) сопровождалась девиантным поведением и школьной дезадаптацией (прогулы уроков, мелкие кражи). Подэкспертная не могла освоить программу общеобразовательной школы. В связи с выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы, отсутствием должного контроля со стороны родителей программа вспомогательной школы также полностью не осваивалась, что стало причиной социальной и педагогической запущенности.

Во время лечения в условиях психиатрического стационара у Г. сохранялись нарушения поведения,

которые она не могла корректировать самостоятельно и нуждалась в медикаментозном лечении.

Длительно существующие нарушения эмоциональной и волевой сфер и сформировавшийся на этом фоне психопатоподобный синдром привели к низкому уровню социального функционирования подэкспертной и отсутствию стабильной адаптации. Имеющийся уровень интеллектуальной недостаточности не лишил Г. способности осознавать противоправный характер своих действий во время совершения настоящего правонарушения. В то же время были недостаточны критические способности (убежала с места происшествия, понимая его наказуемость), имелись эмоционально-волевые расстройства, отсутствовала борьба мотивов во время совершения преступления, что усугублялось экзогенной интоксикацией. Это подтверждает, что у подэкспертной была нарушена возможность в полной мере руководить своими действиями (волевой компонент). Основанием для рекомендаций ч. 2 ст. 22 УК РФ являлись длительность и выраженность эмоционально-волевых расстройств, требующие медикаментозной коррекции.

В группе подэкспертных с расстройствами личности преобладали субъекты со смешанным типом расстройства.

Большинство подэкспертных родились и воспитывались в неполных и социально-неблагополучных семьях. Часто отцы злоупотребляли алкоголем, были судимы, жестоко обращались с членами семьи.

Беременность сопровождалась частыми эмоциональными потрясениями, конфликтами в семье. Раннее развитие подэкспертных соответствовало норме.

Подэкспертные любили подвижные игры. При этом у них обычно не было друзей. Принимая участие в групповых играх, многие из них не желали выполнять навязанные им правила, проявляли аг-

*сил. Начал работать подсобным рабочим в колхозе, с работой справлялся, через 5 месяцев уволился без объяснения причины. В июле 2001 г. после ссоры с подругой, отказавшейся «прокатиться с пьяным на мотоцикле», совершил попытку самоубийства (разогнавшись на мотоцикле навстречу идущему грузовику, резко затормозил перед самым столкновением, в результате чего перевернулся вместе с мотоциклом, получив при этом черепно-мозговую травму). Длительно лечился в стационаре по поводу сотрясения головного мозга. После выписки отец устроил его в администрацию сельского совета курьером, через несколько месяцев он был уволен в связи с сокращением должности. Работал на ферме, характеризовался трудолюбивым и исполнительным. В ноябре 2001 г. совершил угон трактора, был осужден условно на 6 месяцев. С января 2002 г. начал обучаться на водительских курсах. Проживал у знакомых. Выйдя из-под контроля отца, стал часто употреблять алкогольные напитки, появились эмоциональная неустойчивость, раздражительность, грубость. Знакомые отмечали его замкнутость, мнительность, застенчивость, трудности в общении с окружающими. Знакомые девушки рассказывали о его повышенной требовательности, ревности, постоянном недовольстве их поведением и высказываниями, что служило поводом для разрыва отношений. В феврале 2002 г., находясь в состоянии алкогольного опьянения, подэкспертный подрался с прохожим, сделавшим ему замечание. Был привлечен к уголовной ответственности. Находясь под следствием, уже через месяц вновь совершил хулиганские действия в отношении оскорбивших его подростков, в связи с чем было возбуждено уголовное дело. Арестован не был.*

*Как следует из материалов уголовного дела, 15.03.02 г. около 21 ч. 30 мин С., находясь в состоянии алкогольного опьянения, умышленно, с целью*

росов. При конфликтах угрожали самоубийством, с демонстративной целью наносили самопорезы.

Подэкспертные длительное время не устраивались на работу, предпочитая находиться на изживании у родственников, или имели случайные заработки.

Преступления были повторными, совершались без предварительного планирования, спонтанно. В половине случаев это были агрессивные действия, направленные против жизни и здоровья личности, совершению их также способствовала интоксикация психоактивными веществами, которая усугубляла выраженность личностных расстройств.

Ведущими мотивами преступлений являлись аффектогенные и корыстные. Во всех случаях подэкспертные понимали характер совершаемых ими действий, однако был затруднен прогноз и полноценное руководство действиями.

Для подэкспертных были характерны невысокий, но соответствующий полученному образованию, уровень интеллекта, ригидность и обстоятельность мышления, нарушения логики суждений, искажение смысла отдельных понятий, ориентация на собственные критерии оценок с тенденцией к образованию труднокорректируемых суждений, замкнутость, неконформность, настороженное отношение к окружающим.

На поведение в инкриминируемых ситуациях существенное влияние оказывали выраженные психологические черты либо обнаруживались признаки декомпенсации, которые прослеживались в период правонарушения. Эти нарушения приводили к снижению способности осознавать фактический характер своих действий (интеллектуальный компонент) и осуществлять руководство ими (волевой компонент), а также адекватно прогнозировать последствия совершенного. Решающими в данном случае оказывались эмоционально-волевые расстрой-

ства и нарушения прогностических функций, которые существенно влияли на способность подэкспертных адекватно оценивать ситуацию, воспринимать свои действия как противоправные, что позволяет говорить о снижении способности осознавать характер своих действий. Основанием для применения ч. 1 и ч. 2 ст. 22 УК РФ послужили аффективные и личностные расстройства, личностная незрелость, психический инфантилизм, снижение прогностических функций.

В качестве примера приведем следующее клиническое наблюдение.

*Подэкспертный С., 1984 г.р., обвиняется по ч.1 ст. 105 УК РФ (умышленное убийство).*

*Родился старшим из 2 детей в семье рабочих. Отец по характеру властный, излишне требовательный, строгий, жестокий. Мать — мягкая, добрая. Беременность матери подэкспертным протекала на фоне частых эмоциональных потрясений и конфликтов в семье. Роды в срок, без патологии. Раннее психомоторное развитие в соответствии с возрастными нормами, был двигательно беспокоен, часто просыпался, кричал, долго не успокаивался. При осмотрах невропатологом и педиатром патологии выявлено не было. Перенес детские инфекции в легкой форме. Детские дошкольные учреждения посещал с 2-летнего возраста. В детском саду любил играть в подвижные игры, бегать, с детьми не общался, держался возле воспитателя. Испытывал страх темноты, боялся оставаться один в комнате. Громко кричал «до посинения», не успокаивался, пока не приходила мать. К ней был очень привязан, жалел и пытался заступаться за нее в скандалах с отцом. После рождения младшей сестры стал ревновать мать к ней, капризничал, не слушался, плохо спал, плакал по ночам.*

*В 7 лет начал учиться в школе, успевал удовлетворительно. Отмечались трудности в поведе-*

*нии. Учитель начальных классов жаловалась на быструю смену настроения, неуравновешенность, вспыльчивость, отказ от посещения занятий, трудности в общении с одноклассниками. Подэкспертный был переведен на индивидуальное обучение, а через 2 года продолжил учебу в школе. До 7 класса с учебой справлялся посредственно, «хотя мог бы успевать хорошо». Выполнять домашние задания помогала мать. В 1997 г. мать создала новую семью, дети остались с отцом. Подэкспертный тяжело перенес уход матери: замкнулся, отказывался от еды, запирался в комнате, часто плакал, ни с кем не делился своими переживаниями, школу оставил. Не мог простить мать, перестал с ней общаться. Она также не искала общения с прежней семьей. В этот же период подэкспертный нанес себе порезы в области левого предплечья, в связи с чем был помещен в центральную районную больницу. В стационаре диагностирована «Ситуационная реакция, суицидальная попытка», через неделю самовольно покинул отделение и вернулся домой. По настоянию отца вернулся в школу, но занятия посещал нерегулярно, домашние задания не выполнял. Стал уходить из дома, начал курить и употреблять алкогольные напитки, в том числе суррогаты алкоголя. С 14 лет состоял на учете в КДН в связи с бродяжничеством и употреблением алкоголя. Воспитательные меры эффекта не имели. Он был направлен на лечение в Вологодскую областную психиатрическую больницу, где находился в течение месяца с диагнозом «Патохарактерологическое развитие личности». В отделении был замкнут, неоткровенен в беседах с лечащим врачом, отрицал неправильное поведение. Защищаясь, начинал плакать. После курса лечения выписан домой. Начал посещать школу, но в результате отсутствия надлежащего контроля вновь снизилась успеваемость, дублировал 7 класс, затем учебу бро-*

Комиссия пришла к заключению, что у С. имеются признаки смешанного расстройства личности. Ему с детства были свойственны замкнутость, малообщительность, мнительность, тревожность, неустойчивость интересов, с углублением и расширением под влиянием посттравматической психогении патохарактерологических особенностей и формированием аффективно-возбудимых форм реагирования с гневом, агрессией и аутоагрессией в субъективно сложных ситуациях. Указанный диагноз подтверждается данными настоящего клинического психиатрического исследования: для подэкспертного характерны ригидность суждений, неустойчивость интересов, слабость волевых факторов, импульсивность, эгоцентризм, эмоциональная неустойчивость, ориентация в суждениях на внутренние представления и игнорирование внешних факторов, нарушение социальной адаптации. В период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, С. не обнаруживал признаков временного психического расстройства, находился в состоянии простого алкогольного опьянения, поэтому он мог осознавать фактический характер своих действий. Однако свойственные ему возбудимость, импульсивность, недоучет собственных действий, снижение прогностических функций, углубившиеся приемом алкогольных напитков, обусловили его неспособность в полной мере руководить ими (ч. 1 ст. 22 УК РФ). В связи с частыми декомпенсациями психического состояния, требующими медицинской коррекции, повторностью правонарушений, нарушением возможности в полной мере руководить своими действиями комиссия рекомендует применение в отношении С. амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, совмещенного с наказанием, согласно ст. ст. 22, 97, 98, п. а ч. 1 ст. 99 УК РФ.

Анализ данного случая позволяет говорить о том, что расстройство личности начало развиваться с

причинения смерти, в своей квартире произвел выстрел из охотничьего ружья в упор в область шеи сзади потерпевшему М., который от полученного ранения скончался на месте. Свидетели по данному уголовному делу сообщили, что они с потерпевшим втроем пришли в гости к С. около 19 ч. В ходе распития спиртных напитков между С. и потерпевшим произошла ссора, так как М. начал посягать на С. Они дважды выходили на улицу, где дрались, но их разнимали. После этого вновь садились за стол, выпивали. Выпили около 1 л водки на пятерых. Потерпевший хватал за руки подругу С., на замечание только рассмеялся. С. после этого резко встал и вышел из кухни в комнату. Через несколько минут он вернулся, в руках у него было ружье, которое он приставил сзади к шее потерпевшего и выстрелил в упор. После убийства С. выпил около стакана водки и ушел из дома. Допрошенный в ходе предварительного следствия подэкспертный вину признал полностью, объяснил, что выстрелил в М. в ответ на оскорбления, так как «по другому с ним было не справиться, он оказался сильнее». По данному уголовному делу была назначена судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

При обследовании установлено следующее.

**Физическое состояние.** Среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. На коже предплечья левой руки следы от самопорезов. Внутренние органы без патологии.

**Неврологическое состояние.** Глазные щели равновеликие, движения глазных яблок в полном объеме. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических и менингеальных знаков нет.

**Психическое состояние.** Цель направления на экспертизу понимает и раскрывает правильно. Дер-

жится скованно, напряженно. Сидит ссутулившись, опустив голову. Говорит тихим голосом, на вопросы отвечает быстро, но односложно, не всегда откровенно. С подозрением относится к вопросам, касающимся семьи и его личностных особенностей. Эмоциональные реакции обеднены, мало модулированы. Мимика бедная, однообразная. Жалоб на здоровье не высказывает. Себя считает психически здоровым человеком. Помещение в психиатрический стационар в прошлом объяснил предвзятым отношением к нему сотрудников детской комнаты милиции. Выражено отсутствие откровенности, стремление скрыть дефекты своего характера и наличие конфликтов с окружающими. В ходе беседы стал более разговорчивым. Рассказывая о трудностях в общении с окружающими, думает о своей неполноценности: «Девушки со мной не хотят дружить, первыми меня бросают, знакомые смеются надо мной». Себя считает ласковым и добрым, легко ранимым и обидчивым. О матери вспоминает с ненавистью, со слезами на глазах, не может простить её, но одновременно отмечает, что «жить без нее стало легче». Свое поведение в момент инкриминируемого ему деяния трактует как вынужденное действие в ответ на недоброжелательное отношение со стороны обидчика: «он начал приставать к моей подруге, я его предупреждал, а он смеялся». Утверждает, что иного выхода не видел, так как «дважды выходили на улицу на разборки, но он оказался сильнее, мне с ним было не справиться». События излагает последовательно, не отрицает опьянение. О случившемся рассказывает равнодушно. Вину в содеянном признает полностью, постоянно повторяет, что его действия следует расценивать как нормальную реакцию на оскорбление. Считает, что «сейчас бы поступил также». Хорошо ориентируется в материалах уголовного дела, понимает тяжесть содеянного и строгость

ожидающего его наказания. Настроение снижено, но переживаний по поводу произошедшего не испытывает. Суждения незрелы. Мышление последовательное, память не нарушена. Эмоционально неустойчив, легко возбудим, не терпит замечаний экспертов в свой адрес, не всегда способен корректировать поведение с учетом ситуации. Недостаточно критичен к своему поведению.

При экспериментально психологическом исследовании обнаружено следующее. Мнестические и когнитивные процессы в норме. Мышление аналитически-понятийное, ригидное. Интеллект невысокий, в соответствии с полученным образованием, воспитанием. Умственная работоспособность с незначительными колебаниями. Логическая и механическая память без существенных изменений. В рисуночном эксперименте ассоциации адекватны стимульному материалу, стандартны, формализованы. На эмоционально-значимые стимулы находит отдаленные, мало эмоционально-окрашенные образы, что указывает на низкую эмпатийность, отвлекаемость. Исследование личностных особенностей выявило достаточное формальное знание общепринятых норм и правил, но слабую их интериоризацию и применение в практической жизни. Среди личностных особенностей преобладают неконформные тенденции, склонность к конфликтным проявлениям. В структуре характера имеет место критическое восприятие мнения окружающих, обособленность, замкнутость, скрытность, повышенная обидчивость, ригидность установок. Отмечена склонность к образованию ригидных, сверхценных умозаключений, связанных с убежденностью в недоброжелательности окружающих лиц, подчас опережающая агрессивность в высказываниях и поведении. Уровень фрустрационной толерантности низкий с легко возникающими реакциями раздражительности, гнева, агрессивности.

лись, навязываемые лидером мотивы и цели не вызвали у субъекта возражений, так как в целом совпадали с его потребностями. Он легко и охотно принимал объяснения лидеров, всецело полагаясь на способности и опыт инициатора преступления. При анализе личности правонарушителя обращали на себя внимание его повышенная внушаемость, подчиняемость, неспособность к принятию самостоятельных решений, зависимость от мнения его микросоциального окружения.

*Аффектогенная мотивация* проявлялась в конфликтных ситуациях, в условиях кажущейся или реальной угрозы жизни или благополучию, т.е. актуализировалась при обстоятельствах, субъективно не оставляющих иного выбора или вынуждающих к действиям лиц с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами. Это были общественно опасные действия, направленные против жизни и здоровья личности.

Среди мотиваций преступного поведения значительно преобладала «прямая» ситуационная мотивация (50,4%). Для подэкспертных в 25,5% случаев были также характерны аффектогенные мотивы совершения правонарушений, которые осуществлялись спонтанно, без предварительного планирования, без учета реальной ситуации.

Анализ обстоятельств, способствовавших или препятствовавших совершению преступления, был также важен для рекомендации применения принудительных мер медицинского характера.

Все виды ситуативных обстоятельств в зависимости от их влияния (сдерживающего, способствующего или провоцирующего) на поведение субъектов при совершении противоправных действий можно разделить на:

1) *обстоятельства, субъективно не оставляющие иного выбора* — в субъективном представлении иной образ действий приведет к непоправимым жиз-

раннего возраста. В дошкольном и раннем школьном возрасте подэкспертному были свойственны замкнутость, малообщительность, трудности адаптации в детском коллективе, аффективные нарушения (фобии). В подростковом возрасте на фоне тяжелой психотравмирующей ситуации происходит декомпенсация личностного расстройства с отвержением семейных, морально-нравственных ценностей, нарушением общепринятых норм и правил. Имела место выражена реакция оппозиции с повышенной агрессивностью, подчас переходящей в аутоагрессию, в сочетании с другими формами нарушения поведения, в частности, ранним употреблением алкогольных напитков. Отмечалось нарушение в сфере потребностей, их снижение. Подэкспертный потерял интерес к учебе, снизился уровень достижений и социальной ориентации, нарушился прогноз поведения. Уже в тот период реакция на любую фрустрацию была с раздражительностью, несдержанностью и гневом, уходами из дома. Нарушение в сфере потребностей с непониманием либо недооценкой жизненной ситуации привело к формированию отклоняющегося поведения. Этому же способствовало заострение эпилептоидных черт характера, эмоционально-волевая неустойчивость с повышенной возбудимостью. После лечения в стационаре наступила относительная компенсация личностного расстройства. Дальнейшее исследование показывает, что некоторое время имела место борьба мотивов. Подэкспертный продолжил учебу в школе, но бросил ее, предпочитая свободный образ жизни. Менял места работы. Вновь стал употреблять алкогольные напитки. Совершал правонарушения. Его знакомства носят случайный характер, чаще возникают при совместном употреблении спиртного. Появляются выраженные нарушения поведения, демонстративные попытки свести счеты с жизнью. Подэкспертный совершает одно за другим общественно опас-

ные деяния, направленные против здоровья и жизни других, что обуславливает возбуждение уголовных дел. Действия подэкспертного носят характер спонтанных, импульсивных, он совершает правонарушения без учета ситуации и прогноза последствий. Правонарушения не планируются, провоцируются замечаниями в адрес подэкспертного. Настоящее преступление также не планировалось и было спровоцировано оскорблением со стороны потерпевшего, однако реакция подэкспертного носила неадекватный, спонтанный характер, в ней отразились актуальные переживания собственной неполноценности, он действовал уверенно и расчетливо и одновременно с явным недоучетом последствий.

В пользу применения ч. 1 и ч. 2 ст. 22 УК РФ в данном случае говорят выраженные аффективные, волевые расстройства, частые декомпенсации расстройства личности, повторные однотипные правонарушения, несоответствие силы реакции вызвавшему их поводу, явный недоучет последствий своего поступка.

При судебно-психиатрической оценке состояния лиц с психическими расстройствами, не исключающих вменяемости, внимание уделялось анализу криминологических данных, который необходим для выявления факторов, способствующих совершению противоправных деяний и определяющих общественную опасность.

Анализ криминального анамнеза показал следующее. У подэкспертных отмечается раннее формирование делинквентного поведения. Преобладающими были имущественные правонарушения — грабежи, разбойные нападения.

На втором месте по характеру противоправных деяний оказались преступления, направленные против жизни и здоровья личности. Потерпевшими в таких преступлениях, становились ранее знакомые

люди или родственники, с которыми у подэкспертных часто возникали конфликты. Совершение данных преступлений объясняется склонностью обследуемых лиц к накоплению отрицательных переживаний, пристрастием неконструктивно разрешать конфликтные ситуации.

При вынесении экспертного решения учитывались особенности ситуации, мотивации преступления, механизмы их совершения.

Использована типология мотиваций противоправных деяний, механизмов их совершения и ситуативных обстоятельств, предложенная А. В. Хрящевым (2004).

Структурно-динамические показатели находят свое отражение в мотивации. Именно мотивы являются теми признаками, которые характеризуют личность. Представления о мотивации включают в себя не только возникновение мотива на основе актуальной потребности, но и выбор цели, путей и средств ее достижения, программирование предстоящих действий и их возможных последствий, принятие решения, контроль. Мотивацию деяний следует учитывать как при судебно-психиатрической оценке, так и при выборе и обосновании мер медицинского характера.

«Прямая» ситуационная мотивация проявлялась в тех ситуациях, где «провоцирующими» были простота исполнения преступления, «близость» объекта, способного удовлетворить «актуальную потребность», видимость безответственности. При этом оценка ситуации и прогноз поверхностны, цель преступления в значительной степени случайна.

При суггестивной мотивации формирование у субъекта конкретных мотивов происходило при определяющем влиянии посторонних лиц, которые сами определяли цели и средства. Мнение, потребности и желания подэкспертного ими не учитыва-



#### **4. Уголовно-процессуальная дееспособность лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости**

Определение способности обвиняемого самостоятельно защищать свои процессуальные права и законные интересы в уголовном судопроизводстве является одной из наименее изученных проблем современной судебной психиатрии. В российском уголовном праве отсутствует формулировка критериев процессуальной недееспособности обвиняемых по аналогии, например, с критериями невменяемости. В связи с этим в настоящее время не сформулированы и критерии судебно-психиатрических оценок процессуальной недееспособности.

Если обратиться к зарубежному опыту, то в ряде стран существует понятие «способность предстать перед судом» (процессуальная дееспособность).

В Великобритании способность предстать перед судом формулируется как непонимание подсудимым роли участников процесса, значения судебных прений и т. д., что связано, как правило, с его интеллектуальной несостоятельностью (Bluglass R., Bowden P., 1990; Gunn J., Taylor P., 1995).

В некоторых штатах США критериями способности обвиняемого предстать перед судом являются не только его способность ориентироваться и помнить о произошедших событиях, но и способность воспользоваться правом «консультироваться со своим адвокатом с разумной степенью рационального понимания» и обладать «как разумным, так и фактическим пониманием судебного процесса» (Мотов В. В., 2004).

ненно значимым негативным последствиям. Ситуация действия характеризуется быстрым развитием, требует принятия решения, коррекции поведения. В такой ситуации психическое расстройство не позволяет субъекту в полной мере спрогнозировать последствия своих действий, оценить их как противоправные, принять приемлемое решение, которое позволило бы избежать конфликтной ситуации, не прибегая к нарушению закона;

2) *обстоятельства, вынуждающие к действиям* — в субъективном представлении иной образ действий приведет к таким неприятностям как месть, преследование со стороны участников. Данные обстоятельства не являются для лица безвыходными, не требуют сиюминутного принятия решения, у субъекта остается возможность отказаться от совершения ООД. Соответственно, данные обстоятельства нельзя рассматривать как довод в пользу ограниченной вменяемости. В сочетании с аффектогенной защитно-личностной мотивацией у лиц с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами или с совпадающей суггестивной мотивацией у лиц со значительным или умеренным снижением интеллекта рекомендация ст. 22 УК РФ становится вполне уместной;

3) *субъективно провоцирующие обстоятельства* позволяют субъекту достаточно легко удовлетворить возникающие потребности, в то время как ответственность за это не предполагается. При данных обстоятельствах было совершено подавляющее большинство преступлений подэкспертными, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 22 УК РФ.

При обстоятельствах, субъективно не оставляющих иного выбора, преступления совершили 17,0% лиц; при обстоятельствах, вынуждающих к действиям, — 24,1%; в субъективно провоцирующей ситуации — 58,9%.

Анализ результатов исследования позволил выделить основные механизмы совершенных преступлений:

- *Механизм легкодоступного удовлетворения потребности.* Совершаются не требующие подготовки кражи неохраняемых объектов, случайно привлечших внимание подэкспертных, или «никому не нужных» в их понимании.

- *Механизм спровоцированной сексуальной агрессии.* Совершаются изнасилования или насильственные действия сексуального характера, спровоцированные самими потерпевшими.

- *Механизм защитно-личностных действий.* Совершаются преступления против личности.

- *Механизм вынужденного подтверждения авторитета.* Преступления совершаются из опасения стать предметом насмешек, оказаться вне своей привычной группировки, быть изгнанным. Подэкспертные при этом никогда не являются инициаторами и разработчиками преступлений, хотя активно действуют при их совершении.

- *Механизм внушенной доступности и безнаказанности.* Совершаются кражи предметов, «никому не нужных» в представлении подэкспертных, или украсть которые не представляет никакого труда, а ответственность за это не предполагается. Инициаторами краж всегда являются другие лица, которые убеждают подэкспертных принять участие в преступлениях, описывая их как безопасные и не предполагающие ответственности за содеянное.

Для большинства преступлений, совершенных подэкспертными, характерен механизм легкодоступного удовлетворения потребности (50,4 %).

Среди подэкспертных, в отношении которых рекомендовалось применение принудительных мер медицинского характера, также отмечена явно высокая доля лиц, совершавших противоправные действия в прошлом, имеющих криминальный анамнез.

У подэкспертных констатировались подверженность эмоциональной дезорганизации психической деятельности, в «аффективных» правонарушениях несоответствие силы реакции вызвавшему их поводу, недостаточная критика к своему состоянию и субъективно сложной ситуации, недостаточность волевых задержек. Кроме того, у них наблюдались трудности выбора форм поведения, неспособность выработки приемлемых способов преодоления межличностных конфликтов, недостаточность усвоения и соблюдения (интериоризации) социальных норм. Для них были характерны частые декомпенсации психического расстройства, длительность и выраженность эмоционально-волевых расстройств, требующих медикаментозной коррекции, повторные однотипные правонарушения, недоучет последствий противоправного деяния.

Winninger D. et al., 1995; Chen F. Y. et al., 1997; Gutheil T. G., 1999; Maizel S. et al., 2001; Buchanan A. et al., Nys H. et al., Sullivan K., 2004; Cairns R. et al., Davis S., Hotopf M. et al., 2005; Murray B. J., Tan J.O., Hope T., 2006).

Много внимания уделяется критериям определения дееспособности в зависимости от нозологии.

Так, L. Borichansky (1989) проводил оценку дееспособности лиц с так называемым «неконтролируемым импульсом» (*irresistible impulse*), G. D. Glancy, C. Regehr (1992) исследовали дееспособность пациентов с шизофренией, Thiel A., Hilken S. (1993) — дееспособность пациентов с циклотимией.

Earnst K. S., Marson D. C., Harrell L. E. (2000) описали диагностические критерии недееспособности пациентов с болезнью Альцгеймера, Barolin G. S., Welte R. (2001) — у пациентов с органическими расстройствами. Bartlett P. (2003) исследовал дееспособность лиц с компульсивными расстройствами, Freckelton I. (2005) — с биполярным расстройством, Bolechala F., Skupien E. (2006) исследовали влияние депрессии на дееспособность пациентов.

В англо-американском праве и судебно-психиатрической практике дееспособность в уголовном процессе понимается как способность обвиняемого предстать перед судом (*incompetence to stand trial*).

В английском праве основным является установление способности или неспособности субъекта участвовать в судебном разбирательстве.

Упоминание о понимании обвиняемым происходящего в суде и возможных последствий своих заявлений содержалось в английском общем праве еще в XVII веке. По одной из версий, такое требование возникло как реакция судов на ситуацию, когда обвиняемый молчал, не реагируя на обращенные к нему вопросы судьи. В этом случае суд должен был решить, молчит ли обвиняемый по причине «злого умысла» («*malice*») или «кары господней» («*visita-*

В Канаде неспособность подсудимого, страдающего психическим расстройством, участвовать в судебном процессе сформулирована следующим образом. «Лицо не может осуществлять свою защиту, понимать природу и цель уголовного преследования, его возможные последствия» (Felthaus A. R. et al., 2001).

История изучения вопроса в нашей стране началась с 70-х годов прошлого века. В это время юристами предпринимались попытки разработать общие критерии процессуальной дееспособности обвиняемых (Шпилев В. Н., 1970; Кокорев Л. Д., 1971; Захожий Л., 1974; Щерба С. П., 1975; Адаменко В. Д., 1978; Радаев В. В., 1981).

Категория «уголовно-процессуальная дееспособность» была сформулирована П. В. Полосковым (1985). Она определялась как способность лица с учетом его физического, психического здоровья и возраста самостоятельно совершать процессуальные действия или участвовать в них, сознательно используя права и выполняя обязанности того или иного субъекта процесса.

Проблемой определения критериев процессуальной недееспособности обвиняемых занимались судебные психиатры (Метелица Ю. Л., Шишков С. Н., 1989; Горинов В. В., Королева Е. В., 1996; Носачев Г. Н., Кудрин Е. А., 2001; Горинов В. В., 2004).

В последнее время потребность в разработке критериев уголовно-процессуальной дееспособности приобретает все большее значение. Это связано с тем, что судебно-следственные органы все чаще ставят перед психиатрами-экспертами вопросы, касающиеся способности обвиняемого самостоятельно защищать свои процессуальные права и законные интересы. Вот некоторые примеры таких вопросов:

1. «Может ли обвиняемый (подозреваемый) по своему психическому состоянию предстать перед следствием и судом?»

2. «Может ли обвиняемый (подозреваемый) адекватно воспринимать обстоятельства, имеющие значения по делу, и давать о них показания?»

3. «Может ли обвиняемый (подозреваемый) участвовать в судебном заседании?»

4. «Не относится ли данное психическое расстройство к категории психических недостатков, препятствующих осуществлению права на защиту?»

5. «Способен ли обвиняемый, согласно имеющемуся у него уровню интеллектуального развития и полученного образования, понимать заданные ему вопросы правового характера, давать на них обоснованные ответы, понимать смысл и значение разъясненных ему прав подозреваемого, обвиняемого, в том числе — право иметь защитника и функции защитника, а так же понимать смысл и значение диспозиции ст. 51 Конституции РФ, декларирующих его право не давать показания против самого себя, супруга и близких родственников?»

6. «Может ли обвиняемый в силу своего психического состояния в настоящее время предстать перед следствием и судом, а также давать правильные показания об обстоятельствах совершения преступлений и нести ответственность за совершенные им деяния?»

Формулировка приведенных выше вопросов показывает, что в настоящий момент не существует единого четкого определения процессуальной недееспособности обвиняемых (подозреваемых). В п.3 ст.196 Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ регламентируется обязательное назначение экспертизы в тех случаях, когда возникает сомнение в способности обвиняемого самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве.

Частота встречаемости подобных вопросов в постановлении или определениях, неразработанность судебно-психиатрических подходов к клиническо-

му и экспертному решению данной проблемы, малое количество исследований, посвященных данной проблеме, определяют актуальность оценки процессуальной дееспособности обвиняемых в уголовном процессе.

#### **4.1. Оценка процессуальной дееспособности лиц с психическими расстройствами за рубежом**

Процессуальному положению обвиняемых с психическими расстройствами посвящены работы юристов и психиатров Англии (Doyal L., Sheather J., 2005), Германии (Sowada C., 1992; Barbey I., 1993; Schreiber H. L., Kumper H. J., 1996; Muller-Isberner R. et al., 2000; Arboleda-Florez J., 2001), США (Pendleton L., 1980; Diamond B. L., 1985; Curran W. J. et al., 1986; Meyer R. G., 1992; Quen J. M., 1994; Denwiddie S. H., 1996; Melton G., 1997; Appelbaum P. S., 2001; Giorgi-Guarnieri D. et al., Vernick A. E., 2002; Petrila J., Douglas K. S., 2004; Anfang S. A. et al., Ganzini L. et al., 2005), Канады (Allodi F. A. et al., 1977; Kunjukrishnan R. et al., 1989; Niveau G., McQuillan A., 2000; Zapf P. A. et al., 2001), Индии (Pilon S., 2005) и других стран (Jones K., 1980; Kenny A., Dix G. E. et al., 1984; Callahan V. A., 1991; Rotter M., Goodman W., 1993; Bartol C. R., Bartol A. M., Miller R. D., 1994; Roesch R. et al., Ciccone J. R. et al., 1995; Chaleby K. S., 1996; Chen F. Y. et al., McSherry B., 1997; O'Grady J. C., 2002; Chowanec C. et al., 2003; Seto M. C., Harris G. T., Rice M. E. et al., 2004; McPhee J., Stewart C., 2005; Gierowski J. K., 2006).

Наряду с вопросами о вменяемости/невменяемости обсуждаются вопросы о процессуальной дееспособности (capacity) лиц с психическими расстройствами как в гражданском, так и в уголовном процессе (Bittman B. J. et al., 1993; McNulty C., 1995;

хическому состоянию предстать перед судом (competency to stand trial), имеют в виду способность участвовать лишь в той стадии судебного процесса, на которой решается вопрос о его виновности (guilt determination stage). Способность участвовать в судебном процессе (competency to proceed) — более широкое понятие, оно включает в себя как способность предстать перед судом, так и способность участвовать в следующей стадии судебного процесса — стадии вынесения приговора (competency to participate in the sentencing proceeding). Кроме того, отдельно от способности предстать перед судом и способности участвовать в судебном процессе на стадии вынесения приговора рассматривается способность обвиняемого по своему психическому состоянию принимать решения в уголовном процессе (decisional competency). В нее включаются как способность признать себя виновным (competency to plead guilty), так и способность отказаться от права на адвоката (competency to waive an attorney), а также способность отказаться от права хранить молчание (competency to waive the right to remain silent) и ряд других. Отдельно выделяется способность достойно принять смертную казнь (dignitarian competency).

Некоторые штаты США попытались сделать более содержательными критерии способности предстать перед судом. В Правилах уголовного судопроизводства штата Флорида указано, что обвиняемый отвечает тесту на определение способности предстать перед судом, если он:

- понимает значение обвинений и заявлений против него;
- оценивает пределы и характер возможного наказания;
- понимает состязательную природу судебного процесса;
- сообщает своему адвокату факты, относящиеся к исследуемому в суде вопросу;

tion of God»). В первом случае судья для того, чтобы обвиняемый выразил свое отношение к выдвигаемому против него обвинению, распорядился подвергнуть его испытанию. Испытание заключалось в том, что на грудь обвиняемого накладывался все более тяжелый груз до тех пор, пока обвиняемый не заговорит. Во втором случае обвиняемый избегал подобной участи. «Немота по причине кары господней» («mute by visitation from God») относилась первоначально к страдавшим глухонемой, в последующем — к психически больным (Мотов В. В., 2004).

Р. Крафт-Эбинг (1892) писал о способности давать показания по делу (Verhandlungsfähigkeit), которая «может быть признана только у того, кто может защищаться на суде». Он отмечал, что эта способность предполагает у человека осознание своих поступков и наказуемости их, знание им «как законных средств для своего действия, так и благодетей, доставляемых законом». При этом если во время проведения судебной экспертизы вопрос о способности обвиняемого давать показания будет решен отрицательно, то решение по делу откладывается, а подсудимый помещается в «заведение для помешанных» до своего выздоровления, если оно возможно.

В настоящее время речь идет о непонимании подсудимым роли участников процесса, значения судебных прений и т. д., что связано, как правило, с его интеллектуальной несостоятельностью. В год эта норма применяется, например, в Англии и Уэльсе примерно в отношении 20 обвиняемых. Таких лиц помещают в психиатрические больницы с различной строгостью наблюдения. В отношении половины из них становится возможным возобновление процесса, другая же часть через некоторое время выписывается на основании положений «Акта о психическом здоровье» от 1983 г. (Bluglass R., Bowden P., 1990; Gunn J., Taylor P., 1995).

По данным R. A. Nicholson, K. E. Kugler (1991), K. R. Cruise, R. Rogers (1998), установление способности предстать перед судом является наиболее распространенным видом экспертизы по уголовным делам. В США ежегодно рассматривается около 25 тысяч таких дел. Вопрос о способности предстать перед судом возникает в отношении каждого 15-го обвиняемого.

R. Bluglass (1983), M. Faulk (1988), D. Chiswick (1990) указывали, что оценка влияния психических расстройств на процессуальную дееспособность производится чаще, чем решение вопросов о вменяемости. При этом 4 из 5 обвиняемых, прошедших экспертизу на предмет установления способности предстать перед судом, были признаны процессуально недееспособными.

Неспособность предстать перед судом в странах англо-американского права не имеет прямого отношения к невменяемости, поэтому эти два вопроса рассматриваются отдельно. При определении способности «предстать перед судом» необходимо установить, «каким является психическое состояние ответчика в настоящее время или каким оно будет на момент судебного разбирательства». Проблема определения способности предстать перед судом может быть поднята в любой момент судебного разбирательства.

Критериями способности предстать перед судом, по данным Н. I. Kaplan и В. J. Sadok (1996), являются, во-первых, понимание выдвинутых против лица обвинений, а во-вторых, оказание содействия в собственной защите. Кроме этих критериев Верховным судом США был установлен ряд правовых норм.

При рассмотрении дела «Даски против США» (Dusky v. United States, 1960), было установлено, что критериями способности обвиняемого предстать перед судом являются не только его способность ориентироваться и помнить о произошедших собы-

тиях, но и способность воспользоваться правом «консультроваться со своим адвокатом с разумной степенью рационального понимания» и обладать «как разумным, так и фактическим пониманием судебного процесса».

В решении по делу «Пэйт против Робинсона» (Pate v. Robinson, 1966) указывалось, что право на проведение психиатрической экспертизы является конституционным правом.

В деле «Джексон против Индианы» (Jackson v. Indiana, 1972) было отмечено, что обвиняемый, являющийся хронически недееспособным (в рассматриваемом случае лицо, страдающее умственной отсталостью, глухотой или немотой), должен быть освобожден от уголовной ответственности. Похожие случаи рассматривались в ряде других уголовных процессов (Wilson v. United States, 1968; Drope v. Missouri, 1975; State v. Hayes, 1978; Morris v. Slappy, 1983; United States v. Charters, 1987; Washington v. Harper, 1990; United States v. Sell, 2002).

J.G. Wong (2000) считал дееспособность функциональным понятием, определяющим способность человека осознавать, удерживать и оценивать информацию, необходимую для того, чтобы принять решение, а затем сообщить о нем.

Р. Комер (2002) указывал, что «психическая некомпетентность» (mental incompetence) — это состояние психической нестабильности, которое не позволяет обвиняемому понять предъявленные ему обвинения и участвовать в судебном процессе. В этом состоянии подсудимый не может подготовить со своими адвокатами адекватную защиту. Компетентность подразумевает, что подсудимые понимают, какие обвинения им предъявляются, они в состоянии встречаться со своими адвокатами, подготовить и отстаивать адекватное оправдание.

По данным В. В. Мотова (2004), в США, когда говорят о способности обвиняемого по своему пси-

вают никаких временных пределов, либо полагаются на решения судов в каждом индивидуальном случае (Мотов В. В., 2004).

В Канаде в 1992 г. вступил в силу общенациональный УК. В ст. 2 приводятся критерии, по которым определяется неспособность подсудимого участвовать в процессе — неспособность вести свою защиту, «понимать природу и цель преследования», его «возможные последствия» и т. п. (Felthaus A. R. et al., 2001).

Проблеме дееспособности обвиняемого уделялось внимание также в странах Восточной Европы.

В УПК ЧССР (1980) указывалось, что законный представитель полностью или частично недееспособного обвиняемого имеет право представлять обвиняемого, в частности, выбирать ему защитника, заявлять от его имени ходатайства, подавать заявления и жалобы, а также имеет право участвовать во всех процессуальных действиях, в которых может принимать участие обвиняемый. Эти права законный представитель обвиняемого мог осуществлять в интересах обвиняемого и против его воли (Полосков П. В., 1985).

#### **4.2. Уголовно-процессуальная дееспособность лиц с психическими расстройствами в отечественном праве**

Попытки разработать медицинский и юридический критерий уголовно-процессуальной недееспособности предпринимались в отечественном уголовном праве еще в 70-80-е годы XX века рядом авторов (Захожий Л., 1974; Коченов М. М., 1978; Боброва И. И., Метелица Ю. Л., Шишков С. Н., 1983). Предложенные критерии не учитывали всех особенностей психических расстройств, способных нарушать или ограничивать процессуальную дееспособность обвиняемых, поэтому могли быть использованы лишь

- демонстрирует адекватное поведение в зале суда;

- дает относящиеся к делу показания.

Первые три критерия относятся к способности обвиняемого понимать суть происходящего в период судебного процесса, а также судебный процесс как таковой. Обвиняемые, не способные понять суть обвинения или возможного наказания, не смогут противостоять обвинению или защищать себя в суде. Последние три критерия основываются на способности обвиняемого функционировать и действовать в ходе судебного разбирательства. По существу, речь идет об интеллектуальном и волевом критериях.

Некоторые американские исследователи описывают специально разработанные тесты для определения способности предстать перед судом. Например, Р. А. Zapf, Р. Roesch, J. L. Viljoen (2001) писали об эффективности применения FIT (Fitness Interview Test) для определения способности предстать перед судом в штате Алабама.

Р. Rogers, Р. L. Jackson, К. W. Sewell et al. (2003) отметили, что сформирована концепция определения способности обвиняемого предстать перед судом, названная стандартом Даски. В своем исследовании ученые с помощью шкалы ECST-R (Evaluation of Competency to Stand Trial-Revised) показали, что только свобода действий обвиняемого позволяет ему «разумно понимать процесс», советоваться со своим адвокатом.

Вопрос о некомпетентности чаще всего ставит адвокат, но и обвинитель также может инициировать необходимость решения этого вопроса (Meurer R.G., 1992). Если суд установит, что существуют обоснованные сомнения в такой способности обвиняемого, он назначает одного или нескольких специалистов в области психического здоровья для исследования его психического состояния. Обычно обследование происходит стационарно и длится не-

сколько недель или даже месяцев (Мотов В. В., 2004).

Если было выявлено, что обвиняемый не способен предстать перед судом, должно быть вынесено соответствующее решение о переводе субъекта в психиатрическое учреждение или в некоторых случаях на амбулаторное терапевтическое лечение до восстановления способности предстать перед судом. В таких случаях судебный процесс приостанавливается до тех пор, пока обвиняемый не будет признан способным предстать перед судом или дело не будет закрыто.

В некоторых исследованиях установлено, что лица, не способные предстать перед судом, имеют «ряд сходных черт».

Н. J. Steadman (1979) определил таких лиц как маргинальных личностей с низким уровнем образования, недостаточными профессиональными навыками, склонностью к повторным нарушениям закона, часто переходящих из одной психиатрической больницы в другую и не имеющих устойчивых профессиональных и семейных связей. Показатель рецидивной преступности у них значительно более высок, чем в контрольной группе (Steadman Н. J., Monahan J., Robbins P. S. et al., 1993).

Р. А. Nicholson и К. Е. Kugler (1991) показали, что «неспособные предстать перед судом» — это люди, у которых наблюдались явные признаки дезориентации, нарушения памяти, критических суждений, мышления, общения, а также галлюцинации, иллюзии и неадекватное, неуправляемое поведение.

В. Rosenfeld, К. Ritchie (1998), анализируя материалы 188 уголовных процессов, установили связь способности предстать перед судом с тяжестью правонарушения: чем более жестокими были правонарушения или серия правонарушений, тем больше был процент обвиняемых, неспособных предстать перед судом.

До 1970-х годов в США, если суд признавал субъекта неспособным предстать перед судом, его автоматически направляли для лечения в психиатрическую больницу на неопределенно долгий срок — до признания его дееспособным.

Н. J. Steadman и С. Socozza (1979) проанализировали состояние лиц, которые были неспособны предстать перед судом и в связи с этим направлялись на принудительное лечение. Такого рода лечение занимало больше времени, чем максимально возможные сроки тюремного заключения за их предполагаемые преступления. При этом невозможно было гарантировать, что они получают лечение, которое позволит им в дальнейшем предстать перед судом — в действительности не было никаких рекомендаций и критериев для определения такой способности. В настоящее время пребывание таких обвиняемых в психиатрических больницах регламентируется более жестко, после чего снова ставится вопрос об их способности предстать перед судом (Wexler D. B., Winnick B. J., 1996). Некоторые лица, признанные неспособными предстать перед судом, добивались в связи со своим состоянием соблюдения права на «наименее радикальное или строгое» принудительное лечение.

В настоящее время 18 штатов США ограничивают период пребывания в психиатрическом стационаре для восстановления способности предстать перед судом сроком в 18 месяцев. После этого обвиняемый либо освобождается, либо в отношении него начинается обычная процедура недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. 15 штатов и Округ Колумбия установили временной предел, связанный с максимально возможным сроком лишения свободы, предусмотренным законом. В большинстве из них такой предел должен быть меньше возможного срока наказания, и составляет от 15 месяцев до 10 лет. Остальные штаты либо не указы-



процессе. По его мнению, понятие уголовно-процессуальной дееспособности в законодательстве можно было бы сформулировать так: «Уголовно-процессуальной дееспособностью следует считать способность лично или через представителей осуществлять права и исполнять обязанности по уголовному делу или доверить это представителю. Она принадлежит гражданам, достигшим совершеннолетия, а также органам и лицам, ответственным за расследование и разрешение дела». Субъект уголовно-процессуального права, который не способен сам осуществлять свои права и обязанности, фактически не участвует в процессе (он нуждается в представителе).

В. П. Божьев (1962) отмечал, что наличие процессуальной дееспособности является необходимым условием допуска лица к уголовному процессу.

По мнению В. Н. Шпилева (1970), Л. Д. Кокорева (1971), С. П. Щербы (1975), В. В. Радаева (1981), П. В. Полоскова (1985), если до привлечения лица в качестве обвиняемого будет установлено, что оно совершило общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, но ко времени производства по делу выздоровело, то такое лицо не должно обладать специальной дееспособностью обвиняемого. Это объясняется тем, что эти лица, с точки зрения законодательства, не совершали преступления, поэтому, если не требуется принудительного лечения, дело должно быть прекращено. Такие лица участвуют в производстве следственных и судебных действий, но только в другом процессуальном качестве.

Если лицо совершило преступление в состоянии вменяемости, но впоследствии заболело душевной болезнью, лишаящей его возможности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, то вопрос о правоспособности таких лиц решается следующим образом. В случае, когда за время после совершения преступления, но до заболевания такому лицу

в качестве дополнительных при проведении судебно-психиатрических экспертиз.

В. Д. Адаменко (1978) указывал, что к уголовной ответственности в качестве обвиняемого могут быть привлечены лица с шестнадцатилетнего возраста. Такие лица наделяются правами обвиняемого с обязательным привлечением защитника (ст. 49 УПК РСФСР) и законного представителя (ст. ст. 398, 399 УПК РСФСР). Малолетний потерпевший имеет право осуществлять свои интересы с помощью представителя (ст.ст. 53, 59, 75, 56 УПК РСФСР). Обязанность лица нести уголовную ответственность еще не означает наличия у него достаточных способностей защищаться от обвинения и отстаивать свои интересы. Законодательство прямо не ограничивает процессуальную дееспособность несовершеннолетних обвиняемых и потерпевших, но и не препятствует защите их прав с помощью законных представителей (п. 8 ст. 34, ст. ст. 53, 398, 399 УПК РСФСР). В то же время обязательно участие защитника такого обвиняемого (ст. 49 УПК РСФСР). Следовательно, возможность лично осуществлять права в уголовном судопроизводстве определяется процессуальной дееспособностью, а не уголовной ответственностью. В подобных случаях возможны возрастные несоответствия. Автор отмечал также, что в законодательстве не решен вопрос о дееспособности обвиняемых, страдающих физическими или психическими недостатками; граждан, являющихся невменяемыми или заболевших психическим расстройством после совершения преступления. Аналогичная ситуация может складываться при решении вопросов о необходимости применения мер принудительного медицинского характера или в отношении лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими веществами. Они были лишены возможности надлежащим образом лично реализовать права и выполнять обязанности участника процесса — для

них необходимо представительство. В то же время объем процессуальной дееспособности лица, участвующего в уголовно-процессуальной деятельности, должен решаться конкретно по каждому делу.

Для лиц, обладающих частичной дееспособностью, В. П. Адаменко рекомендовал предусмотреть в законе процессуальные права, например, право несовершеннолетнего участника процесса обращаться в компетентные органы с заявлением о возбуждении уголовного дела, давать объяснения и показания, иметь представителя, участвовать в судопроизводстве наряду со своим законным представителем и т. п. В этом случае нельзя говорить об участнике процесса как полностью недееспособном. При производстве по применению принудительных мер медицинского характера невменяемые и лица, заболевшие душевной болезнью после совершения преступления, наделены определенными процессуальными правами для участия в судопроизводстве (ст. ст. 403, 405, 407, 408, 411 УПК РСФСР).

Большое внимание проблеме уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых уделял П. В. Полосков (1985). Он выделил понятия «уголовно-процессуальная правосубъектность», «уголовно-процессуальная правоспособность» и «уголовно-процессуальная дееспособность». Уголовно-процессуальная правосубъектность — это способность лица быть участником уголовного процесса, лично или через представителей реализовывать свой процессуальный статус. Правосубъектность представлена двумя элементами: правоспособностью и дееспособностью. Уголовно-процессуальная правоспособность — это способность лица иметь права и обязанности в уголовном процессе. Уголовно-процессуальная дееспособность — это способность лица с учетом его физического, психического здоровья и возраста самостоятельно совершать процессуальные действия или участвовать в них, сознательно используя права и

выполняя обязанности того или иного субъекта процесса.

С юридической точки зрения, условиями осуществления прав и обязанностей лично субъектом, закрепленными в нормах объективного уголовно-процессуального права, являются:

- 1) возраст субъекта
- 2) нормальное состояние его психики
- 3) достаточное физическое здоровье субъекта.

Признание лица дееспособным по возрастному критерию зависит от той закрепленной в нормах права роли, которую оно выполняет в уголовном процессе. Несовершеннолетние в возрасте до 18 лет, а также лица, имеющие физические и психические недостатки, осуществляют свои права и выполняют обязанности по уголовному делу с участием защитников и законных представителей. Несовершеннолетние в возрасте от 16 до 18 лет по мотивированному постановлению лиц и органов, ответственных за ведение уголовного дела, могут осуществлять свои уголовно-процессуальные права самостоятельно. Лицо с дефектами психики, аномалиями умственной деятельности не может надлежащим образом выполнять возложенные на него процессуальные задачи.

В Постановлении Верховного Суда СССР №5 от 16 июня 1978 г. «О практике применения судами законов, обеспечивающих обвиняемому право на защиту» указано следующее. Под лицами, которые в силу своих физических или психических недостатков не могут сами осуществлять свое право на защиту, следует понимать лиц, хотя и признанных вменяемыми, но страдающих постоянным или временным расстройством душевной деятельности, существенными дефектами речи, зрения, слуха или другим тяжелым недугом. П. В. Полосков выделяет формально-правовую дееспособность и фактическую способность к реализации прав и обязанностей в

принудительных мер медицинского характера, в достаточной степени осуществлять уголовно-процессуальную деятельность по защите своих интересов. В то же время такое лицо должно обладать субъективными правами в полном объеме, поскольку при невозможности самому осуществлять защиту интересов этими правами могут воспользоваться его представители.

В современном законодательстве содержится понятие гражданской процессуальной дееспособности. В п.1 ст.37 Гражданского процессуального кодекса она определяется как способность своими действиями осуществлять процессуальные права, выполнять процессуальные обязанности и поручать ведение дела в суде представителю и принадлежит в полном объеме гражданам, достигшим возраста восемнадцати лет, и организациям. В п.5 этой статьи сказано, что права, свободы и законные интересы несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет, а также граждан, признанных недееспособными, защищают в процессе их законные представители — родители, усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставлено федеральным законом.

Правосубъектность обвиняемых в уголовном процессе обеспечивается рядом статей УПК РФ. Это в первую очередь п. 4 ст. 47, в котором перечислены права обвиняемого — право знать, в чем он обвиняется; возражать против обвинения, давать показания или отказываться от дачи показаний; представлять доказательства, пользоваться помощью защитника; участвовать в проведении следственных действий; знакомиться с материалами уголовного дела и делать копии документов; приносить жалобы, заявлять ходатайства и отводы и др. В п. 9 официального комментария к ст. 47 УПК указано, что обвиняемый вправе реализовывать свои права лично, с помощью защитника (а несовершеннолетний обви-

было предъявлено обвинение, то в этот период оно было право- и дееспособным именно как обвиняемый. При заболевании правосубъектность этого лица прерывается и может возникнуть вновь после выздоровления. В случае, когда лицу, заболевшему душевным недугом, не было предъявлено обвинение, то правосубъектность этого лица как обвиняемого не возникала. Если это лицо в дальнейшем выздоровело, то его правосубъектность наступает в соответствии с общими правилами, то есть после вынесения следователем постановления о привлечении в качестве обвиняемого. Если такое постановление было вынесено ранее, но предъявлено не было в виду заболевания, то его необходимо предъявить обвиняемому после выздоровления (на время болезни дело будет приостановлено).

Лица, признанные психически больными, в отдельных случаях могут принимать участие в судебном разбирательстве, где решается вопрос о применении к ним принудительных мер медицинского характера. Степень этого участия должна быть определена судом в зависимости от формы и тяжести заболевания (такой вопрос следует ставить перед экспертами-психиатрами). Иногда такие лица способны давать показания, заявлять ходатайства, отводы, представлять доказательства, задавать вопросы свидетелям и т. д. В таких случаях суд должен вынести определение с указанием, какие полномочия указанные лица могут самостоятельно осуществлять в судебном разбирательстве (частичная процессуальная дееспособность). По делам ограничено дееспособных участие защитника обязательно с момента предъявления обвинения. Отказ от защитника может быть не принят следователем и судом (принудительная защита). Участие защитника не лишает обвиняемого права полностью воспользоваться предоставленными ему процессуальными возможностями.

С. Н. Шишков (1997), рассматривая проблему законодательного регулирования правоотношений, связанных с психическим расстройством, возникшим у лица после совершения им правонарушения, отмечал несовершенство существующего уголовного и уголовно-процессуального законодательства. В частности, анализируя ст. 81 УК РФ, автор указывает на соответствие критериев освобождения от наказания такой глубине психических расстройств субъекта преступления, когда исключается достижение целей наказания. При этом С. Н. Шишков отмечает, что в ст. 81 УК РФ не принимается в расчет процесс судопроизводства. То есть, психическое расстройство, возникшее до вынесения приговора, прежде всего, препятствует участию лица в уголовном деле — делает его процессуально недееспособным. Следовательно, судьи и психиатры-эксперты должны ориентироваться на то, лишает ли возникшее психическое расстройство заболевшего способности самостоятельно участвовать в следственных (судебных) действиях: например, способен ли он адекватно воспринимать окружающее, понимать содержание и сущность своих процессуальных прав и обязанностей, самостоятельно совершать действия по защите своих прав и законных интересов (представлять доказательства, заявлять ходатайства и отводы, приносить жалобы) и др.

По мнению С. Н. Шишкова, часть ст. 81 УК РФ, рассматривающая психические расстройства, возникшие у лица после совершения им преступления, понятием «освобождение от наказания» охватывает два существующих варианта.

1. Временное неприменение наказания с возобновлением производства по делу после выхода лица из болезненного состояния (в пределах срока давности), что соответствовало приостановлению дела ввиду временного характера психического заболевания, согласно п.4 ст. 409 УПК РСФСР.

2. «Безусловное» освобождение без последующего возобновления судопроизводства, что соответствовало освобождению от наказания при хронической душевной болезни, согласно ч.1 ст. 410 УПК РСФСР.

Так как в УПК РСФСР содержался только второй вариант, между ним и УК РФ существовало противоречие. В связи с этим С. Н. Шишков предлагал законодательно разграничить психические расстройства на «временные» (с приостановлением дела) и «хронические» (с освобождением от наказания):

— «фактически» (по характеру течения психического расстройства);

— в нормативно-правовом отношении (различие проявляется в юридических процедурах и принимаемых решениях);

— терминологически (так как разным процедурам нецелесообразно присваивать общее наименование — «освобождение от наказания»).

Анализируя в своих последующих работах проблему наличия у подэкспертного в момент проведения экспертизы временного психического расстройства, С. Н. Шишков (2005) указывает, что такое расстройство характеризуется двумя чертами:

1) является настолько глубоким, что исключает для заболевшего возможность участия в производстве по уголовному делу;

2) не позволяет экспертам определить психическое состояние обвиняемого во время совершения инкриминируемого ему деяния.

Таким образом, С. Н. Шишков описывает ситуацию, когда установленное у обвиняемого временное психическое расстройство во время производства по уголовному делу исключает его процессуальную дееспособность.

П. Г. Марфицин (2000) отмечает, что современное состояние законодательного регулирования не позволяет лицу, к которому возможно применение

и динамики психического расстройства обвиняемого, его поведения на разных этапах судопроизводства.

Алгоритм экспертных действий при определении психического состояния обвиняемого, влияющего на его уголовно-процессуальную дееспособность, может быть следующим.

1) Анализ структурно-динамических характеристик, степени выраженности симптомов выявленного психического расстройства, влияющего на способность обвиняемого защищать свои процессуальные права.

2) Анализ поведения обвиняемого в условиях судебно-следственной ситуации. На этом этапе важно оценить способность обвиняемого осуществлять активную и целенаправленную деятельность по защите своих прав и законных интересов, эффективно сотрудничать с адвокатом.

3) Установление сохранности или нарушения интеллектуального и волевого компонента юридического критерия процессуальной дееспособности.

4) Вынесение экспертного решения о влиянии психического состояния обвиняемого на его уголовно-процессуальную дееспособность с учетом ретроспективной, настоящей и прогностической оценки.

#### **4.4. Процессуальная дееспособность подэкспертных с расстройствами личности**

##### **4.4.1. Общая характеристика материала**

Группу исследования составили подэкспертные с расстройствами личности (73 человека). Возраст обследуемых варьировал от 18 до 50 лет, средний возраст составил 30,7 лет.

Подэкспертным устанавливался диагноз, соответствующий критериям раздела «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F 60-69) МКБ-10.

няемый — еще и законного представителя), а также совместно с указанными участниками. При этом такие права, как право давать показания, возражать против предъявленного обвинения, обвиняемый реализует лично.

В п. 3 ч. 1 ст. 51 обозначено, что в случае, если подозреваемый, обвиняемый в силу физических или психических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту, участие в процессе защитника обязательно. Согласно комментарию к этой статье, к данной категории недостатков относятся, например, временные психические расстройства, дефекты речи, зрения, слуха.

В п. 3 ст. 196 указано, что назначение судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве. В данном случае, согласно комментарию, необходимость назначения судебно-психиатрической экспертизы может возникнуть еще на этапе предварительного расследования преступления.

Согласно пункту 4 ч.1 ст. 208 УПК РФ, предварительное следствие по уголовному делу приостанавливается при наличии временного тяжелого заболевания подозреваемого или обвиняемого, удостоверенного медицинским заключением, которое препятствует его участию в следственных и иных процессуальных действиях (в ред. Федерального закона от 29 мая 2002 г. №58-ФЗ).

Согласно п. 1 ст. 81 УК РФ, лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания. По мне-

нию Б. В. Шостаковича (1998), эта статья позволяет вынести экспертное решение о наличии у обвиняемого психического расстройства на любой стадии судебно-следственных действий и направить его на принудительное лечение. Таким образом, указанное психическое расстройство (временное или хроническое) достигает такой глубины выраженности симптомов, которая лишает обвиняемого способности самостоятельно защищать свои процессуальные права. Такому лицу суд может назначить принудительные меры медицинского характера. При этом в п. 4 данной статьи отмечено, что в случае выздоровления данное лицо может подлежать уголовной ответственности, если не истекли сроки давности, предусмотренные ст.ст. 78 и 83 УК РФ.

Проблема процессуальной дееспособности обвиняемых с психическими расстройствами особенно актуализировалась после выхода в свет Постановления Конституционного Суда РФ № 13-П от 20.11.07, в котором Конституционный Суд признал неправомочным лишать невменяемых лиц процессуальной дееспособности в контексте решения вопроса о применении к ним принудительных мер медицинского характера. Указывая на участие гражданина в рассмотрении дела о признании его недееспособным и о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар (если позволяет психическое состояние) в гражданском процессе (ч. 1 ст. 284 ГПК РФ), суд указал на недопустимость различной законодательной регламентации однородных по юридической природе отношений, указав на необходимость дифференцированного регулирования прав «с учетом психического состояния и способности лично участвовать в уголовном производстве». Таким образом суд признал неконституционными положения ряда статей гл. 51 УПК РФ (ст. ст. 402, 433, 437-441, 444, 445) «в той мере, в которой они не позволяют лицам, в отношении которых осуще-

ствляется производство о применении принудительных мер медицинского характера ... участвовать в судебном заседании ... и осуществлять свои законные права». Однако в перечне прав, перечисленных в цитируемом Постановлении, почему-то отсутствует право давать показания. Кроме того, суд не высказал своей позиции по вопросам участия невменяемых лиц в процессуальных действиях, осуществляемых на стадии предварительного следствия.

#### **4.3. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств, влияющих на процессуальную дееспособность обвиняемых**

Для решения экспертных вопросов о влиянии психических расстройств на способность подэкспертных самостоятельно участвовать в уголовном процессе было сформулировано определение уголовно-процессуальной недееспособности (Цехмистро О. Ю., 2007).

Уголовно-процессуальная недееспособность обвиняемого — это неспособность лица по психическому состоянию понимать свое процессуальное положение, воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, самостоятельно пользоваться процессуальными правами и совершать процессуальные действия. Юридический (психологический) критерий уголовно-процессуальной недееспособности данного определения содержит два компонента: интеллектуальный — неспособность понимать свое процессуальное положение, воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и волевой — неспособность самостоятельно пользоваться процессуальными правами и совершать процессуальные действия.

При определении уголовно-процессуальной дееспособности необходим учет особенностей структуры

кой документации и клинического интервью с использованием рейтинговой шкалы PSE.

Шкала оценки психического статуса PSE (Present State Examination) была разработана ВОЗ в 1973 г. для оценки тяжести психических нарушений в статусе психического больного на основании его стандартизованного опроса. Модифицированная в 1974 г. шкала содержит 20 разделов, которые характеризуют психопатологические нарушения в различных сферах психической деятельности:

- поведение во время беседы (имеется в виду доступность контакту);
- здоровье, беспокойство и напряжение;
- тревога с вегетативными компонентами;
- мышление;
- депрессивное настроение;
- отношение к самому себе;
- аппетит, сон, реакция, либидо;
- раздражительность;
- навязчивости;
- дереализация и деперсонализация;
- другие расстройства восприятия;
- чтение мыслей, вложенные мысли, эхо, передача их по радио;
- галлюцинации;
- бред;
- сознание и факторы, влияющие на него;
- нарушения памяти;
- критика;
- поведение во время интервью;
- аффект во время беседы;
- речь во время беседы.

Оценка проводилась в среднем по 147 симптомам (в случаях нарушения мышления были включены дополнительные симптомы). Каждый симптом оценивался по 3 градациям тяжести: 0 — «отсутствует», 1 — «имеется в умеренной степени», 2 — «присутствует в выраженной степени». При анали-

Преобладали эмоционально-неустойчивое (32,9%), смешанное (32,9%), истерическое (13,7%), параноидное (10,9%) расстройства личности.

Анализ биографических данных показал, что у 37% подэкспертных с расстройствами личности родители злоупотребляли спиртными напитками. В 15,1% случаев наследственность была отягощена эндогенными психозами со стороны близких родственников.

В 17,8% случаев у матерей обследованных с расстройствами личности отмечалась патология беременности (интоксикационные воздействия, фетоплацентарная недостаточность, анемии), что сопровождалось патологически протекающими родами.

Каждый пятый в группе подэкспертных с расстройствами личности к 18-20 годам состоял на учете в отделениях милиции и имел судимость, что могло быть следствием раннего проявления эмоционально-волевой неустойчивости, импульсивности поступков, пренебрежения социальными нормами и свидетельствовать о дисгармонично протекавшем пубертатном периоде (Гиндикин В. Я., Гурьева В. А., 1999; Макушкин Е. В., 2001).

Расстройство личности у каждого четвертого подэкспертного было впервые выявлено при прохождении военно-врачебной комиссии до и во время службы в Вооруженных силах.

Анализ данных об образовании и трудовой деятельности показал, что большинство подэкспертных с расстройствами личности имели среднее и среднее специальное образование (23,3% и 55,6% соответственно), 30,1% — неоконченное высшее и высшее образование. При этом 28,8% не имели профессии и занимались малоквалифицированным физическим трудом, что свидетельствует о низкой социальной адаптации почти трети обследованных подэкспертных.

При анализе семейного анамнеза выявлено, что большая часть подэкспертных (60,8%) не состояли

в браке на момент проведения экспертизы. Детей имели только 27,9% подэкспертных. Частично это объясняется молодым возрастом обследованных, а также неспособностью большей их части к длительным семейным отношениям в связи с отсутствием чувства ответственности, конфликтностью и эгоцентризмом.

При анализе злоупотребления алкогольными напитками, наркотическими и токсическими веществами получены следующие данные. 17% подэкспертных с расстройствами личности злоупотребляли спиртными напитками, 9,6% эпизодически употребляли марихуану, 4,1% — героин, 12,3% эпизодически употребляли другие наркотические и токсические вещества.

К моменту проведения судебно-психиатрической экспертизы психиатрами наблюдались только 26% подэкспертных с расстройством личности. В 26% случаев подэкспертные госпитализировались в психиатрический стационар в связи с расстройством поведения и суицидальными попытками, в том числе и на принудительное лечение после совершения общественно опасных деяний. 36,8% подэкспертных были госпитализированы в психиатрический стационар неоднократно.

Согласно данным криминологического анамнеза, 52,1% подэкспертных с расстройствами личности ранее привлекались к уголовной ответственности: в 52,6% случаев за преступления против жизни и здоровья личности, в 47,4% — за имущественные правонарушения. Из них 57,9% подэкспертных отбывали наказание в местах лишения свободы, 21% были осуждены условно, в 5,3% случаев имела место отсрочка исполнения наказания, в 10,5% случаев дело прекращено. 5,3% по предыдущим делам были признаны невменяемыми и находились на принудительном лечении в психиатрических стационарах общего и специализированного типа.

Настоящая судебно-психиатрическая экспертиза проводилась в связи с правонарушениями, направленными против жизни и здоровья личности, а также с имущественными преступлениями, которые были сопряжены с насилием в отношении жертвы.

В результате проведенной в ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского» стационарной судебно-психиатрической экспертизы были вынесены следующие заключения.

- Могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, самостоятельно защищать свои права и законные интересы 35 подэкспертных (48%).

- Не в полной мере могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ст. 22 УК РФ), но были способны защищать свои права и законные интересы 24 подэкспертных (32,9%).

- Могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, но на момент проведения экспертизы не могли самостоятельно защищать свои права и законные интересы в связи с наличием временного психического расстройства 2 подэкспертных (2,7%).

- Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (депрессивный эпизод средней тяжести на момент правонарушения), но способен самостоятельно защищать свои права и законные интересы 1 подэкспертный (1,4%).

- Не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими и не могли самостоятельно защищать свои права и законные интересы 11 подэкспертных (15%) (декомпенсация личностного расстройства, паранойальное развитие личности).

Исследование психического состояния подэкспертных проводилось с помощью изучения медицин-



ганизация. На фоне трудностей сосредоточения и концентрации внимания, замедленного темпа протекания умственной деятельности отмечено снижение четкости и целенаправленности ряда решений, в целом недостаточная продуктивность мышления, понижение его контролирующей функции. Наблюдались повышенная утомляемость, признаки вегетативной неустойчивости.

В личностной сфере у подэкспертных имелась нестойчивость в достижении желаемого, преимущественная ориентация на собственные потребности, эгоцентричность, демонстративность и претенциозность поведенческих реакций, которые сочетались с сензитивностью в отношении собственной личности, повышенным самолюбием, обидчивостью. Отмечены эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность, склонность к самовзвинчиванию и внешнеобвиняющим способам реагирования в повышенно личностно значимых и эмоционально насыщенных ситуациях, тенденция к непосредственной реализации возникающих побуждений, с последующим перекладыванием вины и ответственности за свое поведение на окружающих и внешние обстоятельства, при доступности дифференцированного поведения в нейтральных обстоятельствах. Недостаточно выраженное чувство эмпатии, эмоциональная холодность сочетались со склонностью к вытеснению значимых переживаний, в том числе и в соматическую сферу.

#### **Поведение в судебно-следственной ситуации**

Оценка поведения подэкспертных в условиях судебно-следственной ситуации проводилась с момента предъявления подэкспертному обвинения. Анализировались способность правильно понимать характер и значение правонарушения, своего процессуального положения, способность к активной и

зе результатов исследования учитывались как количественные, так и качественные данные.

В работе был проведен детальный анализ заключений экспериментально-психологического исследования подэкспертных.

#### **4.4.2. Процессуальная недееспособность подэкспертных с расстройствами личности**

##### **Анализ клинических характеристик по результатам PSE**

У процессуально недееспособных подэкспертных были выявлены снижение концентрации внимания, замкнутость, погруженность в собственные переживания. Указанные расстройства нарушали способность продуктивно общаться не только с психиатром-экспертом, но и с участниками уголовного процесса: следователем, судьей, адвокатом.

Психотравмирующая судебно-следственная ситуация спровоцировала возникновение декомпенсации личностных расстройств, достигшую у подэкспертных к моменту проведения судебно-психиатрической экспертизы уровня, при котором нарушается адекватность оценки происходящего.

При субъективной оценке общего состояния здоровья, беспокойства и напряжения подэкспертные жаловались на тревогу, ощущение «нервного напряжения», усталость, были подчеркнута обеспокоены состоянием своего здоровья.

У подэкспертных был объективно высокий уровень тревоги, которая была ситуационно обусловлена и сопровождалась вегетативными нарушениями. В некоторых случаях депрессия сопровождалась нарушениями мышления, снижением двигательной активности, суицидальными попытками.

Тревога и сниженный фон настроения, возникшие как реакция на психотравмирующую судебно-следственную ситуацию, вызвали расстройства сна и аппетита у большинства подэкспертных. Отмечены трудности засыпания, раннее пробуждение, тревожный сон с кошмарными сновидениями, а также снижение аппетита.

При оценке нарушений мышления у подэкспертных отчетливо проявлялись выраженная ригидность, в некоторых случаях замедленный темп мышления, сверхценные идеи и паранойяльный бред. О. Е. Фрейеров (1969) отмечал, что при расстройстве личности астенического и паранойяльного типа преобладает склонность к абстрактным умозаключениям, что приводит к практической беспомощности, отрыву от реальности.

При анализе самооценки («отношение к самому себе» в PSE) имели место наиболее выраженные нарушения которые в виде избегания социальных контактов, погруженности в собственные переживания, или наоборот, грубой переоценки собственных способностей и наличия патологических идей отношения, что являлось причиной сутяжной деятельности.

Высокий уровень раздражительности отмечался у подэкспертных исследуемой группы.

В момент проведения исследования у подэкспертных был выявлен симптом из раздела «сознание и факторы, влияющие на него» — нарушение координации и речи по типу конверсионного расстройства.

Снижение критических и прогностических способностей является одним из основных критериев для экспертного решения как невменяемости, так и уголовно-процессуальной дееспособности. У подэкспертных этой группы имелось также наибольшее снижение критических и прогностических способностей.

Большую роль в стабильности личностного расстройства, по мнению Б. В. Шостаковича (1971), играет сохранность социальной адаптации перед совершением криминала. Подэкспертные занимались малоквалифицированным трудом, не имели семьи, у них легко возникала декомпенсация состояния в субъективно значимых психотравмирующих ситуациях, в том числе при привлечении к уголовной ответственности.

При оценке поведения и аффекта во время интервью уделялось внимание как количественным, так и качественным показателям. Симптоматика нарушений была связана либо с депрессивными расстройствами: равнодушие к своей внешности, замкнутость, сосредоточенность на своих переживаниях, пониженная активность; либо с паранойяльным развитием личности или декомпенсацией личностного расстройства: настойчивость, раздражительность и конфликтность, агрессивное отношение к окружающим, в том числе к психиатру-эксперту, сутяжная деятельность. Отмечены аффективные нарушения в виде эмоциональной лабильности, несоответствия силы реакции раздражителю, а также пониженного фона настроения.

При оценке защитно-установочного поведения (ответы, вводящие в заблуждение) подэкспертные этой группы набрали минимальное число баллов.

### **Данные экспериментально-психологических исследований**

При экспериментально-психологическом исследовании у большинства подэкспертных на первый план выступало актуальное состояние в виде недостаточной продуктивности контакта, повышенных ситуационно обусловленных напряженности и тревожности, колебаний внешних проявлений и поведения. При исследовании мыслительной деятельности выявлена ее ситуационно обусловленная дезор-

и выраженностью некоторых психопатологических симптомов.

Между такими симптомами, как снижение концентрации внимания, замкнутость, погруженность в собственные переживания и поведением подэкспертных существует обратная зависимость ( $r=-0,5$ ) — чем больше выраженность указанных симптомов, тем менее активно участвовали подэкспертные в процессе защиты своих прав и законных интересов.

Слабо выраженная в связи с небольшим количеством наблюдений прямая зависимость обнаружена между поведением в судебно-следственной ситуации и психосоматическими нарушениями ( $r=0,4$ ). В ряде случаев подэкспертные не только активно выражали озабоченность своим здоровьем, высказывали жалобы и требовали проведения медицинских обследований, но также настойчиво добивались соблюдения своих прав и законных интересов в уголовном судопроизводстве.

Обратная корреляционная связь выявлена между конверсионными расстройствами и активным участием подэкспертных в защите своих процессуальных прав (коэффициент корреляции равен 0,6).

Неоднозначные характерологические реакции (по Б. В. Шостаковичу, 1971) по типу истерических у подэкспертных с различными расстройствами личности свидетельствуют о выраженной декомпенсации психического состояния, препятствующей реализации процессуальных прав.

Между аффективными нарушениями и поведением в судебно-следственной ситуации имелась слабая обратная корреляционная связь ( $r=-0,3$ ) — чем меньше были выражены раздражительность, подозрительность, демонстративность и эмоциональная лабильность, тем активнее подэкспертные участвовали в защите своих процессуальных прав.

Прямая зависимость имела место между нарушениями речи в виде замедления темпа, немногос-

целенаправленной деятельности по защите своих процессуальных прав и интересов.

Большая часть подэкспертных свою вину в совершении криминального акта признавали частично, перенося при этом часть ответственности на жертву, соучастников или неблагоприятное стечение обстоятельств. Другие отрицали свое участие в правонарушении или категорически исключали возможность совершения ими данного преступления. В 23,1% случаев подэкспертные признавали свою вину полностью и раскаивались в содеянном.

Более половины подэкспертных в ходе уголовного процесса давали показания, изменчивые в деталях в зависимости от постановки вопросов следователями. Остальные 46,1% давали последовательные показания.

30,8% подэкспертных этой группы не интересовались своими процессуальными правами и обязанностями в связи с декомпенсацией психического состояния: снижением продуктивности мышления, нарушением критической и прогностической оценки сложившейся судебно-следственной ситуации. В 46,1% случаев подэкспертные формально были ознакомлены со своими правами, но не знали, как их реализовать. Только 15,4% подэкспертных обнаруживали знание уголовного и уголовно-процессуального кодексов РФ, изучали литературу, свободно оперировали юридической терминологией.

Анализ характера сотрудничества с адвокатом имеет большое значение, так как от него зависит качество и полноценность защиты прав и интересов обвиняемого в уголовном судопроизводстве. 23% подэкспертных не интересовались действиями адвоката в связи с нарушением психического состояния на всех этапах проведения судебно-следственных действий. Не интересовались действиями адвоката в связи с недоверием к нему 30,8% подэкспертных. В 30,8% случаев подэкспертные пассивно следова-

ли указаниям адвоката, не участвуя самостоятельно в выборе линии защиты. Только 15,4% подэкспертных сообщили о своем активном участии в разработке линии защиты своих прав вместе с адвокатом, при этом подэкспертные часто отказывались от услуг адвокатов в связи с «недостаточной эффективностью их работы».

Одним из показателей дееспособности является способность реализации прав, перечисленных в п. 4 ст. 47 УПК РФ, среди которых: право знать, в чем подэкспертный обвиняется; возражать против обвинения, давать показания или отказаться от их дачи; представлять доказательства; пользоваться помощью защитника; участвовать в проведении следственных действий; знакомиться с материалами уголовного дела; приносить жалобы, заявлять ходатайства и отводы и др. От большей части подэкспертных (76,9%) никаких просьб, жалоб и ходатайств в ходе уголовного дела не поступало. В 15,4% случаев подэкспертные писали многочисленные жалобы (в том числе на действия судебно-следственных органов) и ходатайства во всевозможные инстанции. Подобные жалобы и ходатайства были следствием наличия у подэкспертных сутяжно-паранойяльных идей или бреда и, как правило, отклонялись, а такая деятельность подэкспертных служила поводом для направления их на судебно-психиатрическую экспертизу.

Анализируя поведение подэкспертного в процессе проведения судебно-следственных действий, необходимо оценивать, находился ли он в этот период под наблюдением психиатра и по каким причинам. Имеют значение случаи направления подэкспертных на лечение в связи с возникшим временным психическим расстройством, так как это свидетельствует о декомпенсации психического состояния, низком уровне адаптации к психотравмирующей ситуации.

Среди подэкспертных этой группы от момента предъявления им обвинения и до проведения судебно-

но-психиатрической экспертизы 69,2% за психиатрической помощью не обращались. 15,4% самостоятельно обращались за психиатрической помощью, из них половина — неоднократно.

По данному делу судебно-психиатрическая экспертиза ранее была проведена в 84,6% случаев. В 61,5% случаев решения в отношении подэкспертных вынесено не было.

Сутяжная деятельность подэкспертных не поддавалась коррекции, носила затяжной характер с тенденцией к вовлечению в нее все большего круга лиц, активные процессуальные действия не способствовали более качественной защите обвиняемым своих прав. Большинство подэкспертных группы не принимали активного участия в процессе защиты своих прав в связи с пассивностью, обусловленной декомпенсацией личностного расстройства.

Проведенный корреляционный анализ между анамнестическими данными и поведением подэкспертных в условиях судебно-следственной ситуации показал, что между последствиями перенесенных в анамнезе черепно-мозговых травм и участием в процессе защиты своих прав и законных интересов существует слабо выраженная в связи с небольшим количеством наблюдений прямая зависимость ( $r=0,33$ ).

Такие последствия перенесенных черепно-мозговых травм, как астенические нарушения, ригидность мышления, эмоциональная лабильность усугубляли имеющиеся личностные расстройства и в большей мере снижали адаптационные способности при возникновении психотравмирующих ситуаций. Это подтверждается и наличием прямой корреляционной связи между органическим снижением памяти и пассивным поведением подэкспертных в судебно-следственной ситуации ( $r=0,5$ ).

Корреляционный анализ также выявил связь между поведением в судебно-следственной ситуации

*АЭС производятся неправильно, обращал внимание на коррумпированность чиновников. В октябре 2002 г. обратился в ПНД с целью получения справки для вожделения автотранспорта, вел себя неадекватно, оскорблял врачей, угрожал «всех засудить». С диагнозом: «Расстройство личности неуточненное, декомпенсация. Аффективно-бредовый синдром» был в недобровольном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. Во время лечения Н. вел себя агрессивно, угрожал врачам судебными исками, писал многочисленные жалобы. Был выписан с диагнозом: «Параноидное расстройство личности в стадии неустойчивой компенсации». После выписки Н. подал жалобу в суд на врачей психиатрической больницы в связи с незаконной госпитализацией, иск был удовлетворен и по решению суда Н. был снят с психиатрического наблюдения. В дальнейшем на протяжении 2002-2004 гг. Н. неоднократно обращался в суд с жалобами на действия врачей, в рассмотрении которых ему было отказано.*

*Как известно из материалов уголовного дела, Н. обвинялся том, что в июне 2005 г. ворвался в здание Министерства труда и социального развития и нанес ножевые ранения гр. Д., гр. У. и гр. М. Во время задержания Н. вел себя агрессивно по отношению к сотрудникам милиции. В ходе следствия Н. был не согласен с предъявленным обвинением, отказывался давать показания в связи с состоянием здоровья и ст.51 Конституции РФ, писал многочисленные жалобы на «неправомерные действия» судебно-следственных органов. В результате проведенной ранее по делу стационарной судебно-психиатрической экспертизы экспертные вопросы решены не были.*

*При обследовании в ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского» установлено следующее. При исследовании соматического состояния была выявлена двусторонняя паховая грыжа, хронический простатит.*

ловности и способностью защищать свои права и законные интересы у подэкспертных группы ( $r=0,6$ ).

Обратная корреляционная связь была обнаружена между защитно-установочным поведением и активным участием подэкспертных в защите своих процессуальных прав ( $r=-0,6$ ).

Таким образом, у подэкспертных с расстройствами личности были выявлены следующие психопатологические симптомы, препятствующие способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве: нарушения мышления в виде непродуктивности, ригидности, фиксации на сложившейся психотравмирующей ситуации, замедления темпа, развитие сверхценных паранойяльных идей или бреда. Характерны аффективные реакции, сопровождающиеся вегетативными нарушениями, высоким уровнем тревоги, эмоциональной лабильностью; нарушение волевого контроля поведения, наличие импульсивных форм реагирования на сложившуюся ситуацию; выраженное нарушение критической оценки своего поведения, а также невозможность прогнозировать его юридические последствия на протяжении всего периода сложившейся судебно-следственной ситуации. Большинство подэкспертных этой группы не принимали участия в процессе защиты своих прав в связи с декомпенсацией личностного расстройства. Активная деятельность в процессе защиты своих прав и законных интересов 23,1% подэкспертных носила болезненный (сутяжно-паранойяльный) характер.

Полученные данные легли в основу экспертного решения о такой степени выраженности личностных расстройств подэкспертных этой группы, которая исключает их процессуальную дееспособность.

Для вынесения экспертного решения о наличии психических расстройств, исключających процессуальную дееспособность подэкспертных необходимо

констатировать наличие медицинского критерия (расстройство личности) и обоих компонентов психологического критерия — интеллектуального и волевого. При определении степени выраженности расстройств личности, обуславливающих уголовно-процессуальную недееспособность подэкспертных, основную роль играют динамические сдвиги (Дмитриева Т. Б., 1990; Шостакович Б. В., 2006). В результате проведенного исследования выделены следующие судебно-психиатрические критерии процессуальной недееспособности обвиняемых с расстройствами личности.

Динамические сдвиги расстройства личности:

- Выраженная декомпенсация личностного расстройства;
- Патологическое развитие личности.

*Подэкспертный Н., 39 лет, обвиняется в покушении на убийство. Наряду с вопросами о способности обвиняемого Н. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период правонарушения, на рассмотрение психиатров-экспертов поставлен вопрос о «способности предстать перед следствием и судом».*

*Наследственность подэкспертного психически заболеваниями неотягощена, раннее развитие Н. без особенностей. Обучение в школе начал с 7 лет, успевал удовлетворительно. По характеру формировался справедливым, целеустремленным, настойчивым. Окончил 9 классов, ПТУ по специальности автослесаря. В 1984-86 гг. проходил службу в Вооруженных силах, во время службы участвовал в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, был уволен в запас на общих основаниях. Женат, в браке имеет дочь. Непродолжительное время работал сторожем на заводе, затем занялся частным предпринимательством. В 1991 г.*

*в связи с ухудшением соматического здоровья проходил обследование и получил II группу инвалидности. В 1999-2000 гг. были установлены диагнозы: «Хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический гепатит. Синдром вегето-сосудистой дистонии. Дисциркуляторная энцефалопатия I-II стадии, церебрастенический синдром». В 2001 г. вновь находился на обследовании, во время которого была проведена гепатосцинтиграфия — радиоизотопное исследование печени. После выписки из стационара жаловался врачу на появившуюся после исследования сыпь на животе, ухудшение аппетита, тошноту, боли в правом подреберье, нарушение эрекции. Был установлен диагноз: «Хронический гепатит неуточненной этиологии. Синдром Жильбера. Эзофагит. Хронический гастрит. Хронический панкреатит, хронический калькулезный простатит. Эректильная дисфункция». После обследования Н. написал жалобу министру здравоохранения области, где указывал, что его состояние ухудшилось после проведенного обследования, когда внутривенно «ввели радиационные шарики». Сообщал также, что написал жалобу в Генеральную прокуратуру РФ, где «чистосердечно признавался», что готов «покалечить врачей топором». В этом же году Н. самостоятельно обратился в ПНД, чтобы узнать, «состоит он на учете или нет». На приеме был многословен, старался доказать свою правоту, не терпел возражений. Был установлен диагноз: «Акцентуация личности». В 2002 г. Н. обратился в суд с иском о взыскании с врачей 6 млн. рублей компенсации за моральный ущерб. Решением суда в иске было отказано. Н. обращался, в Европейский суд по правам человека, в Комиссию по правам человека при Президенте РФ, к губернатору области, в Министерство труда и социального развития. Он сообщал, что выплаты сумм по возмещению вреда ликвидаторам Чернобыльской*

#### **4.4.3. Подэкспертные с личностными расстройствами, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 51 УПК РФ**

##### **Анализ клинических характеристик по результатам PSE**

Слабость системы психической адаптации (по Ю. А. Александровскому, 1993) у подэкспертных в условиях сложившейся судебно-следственной ситуации обусловила возникновение психогенных реакций невротического уровня. У всех из них были диагностированы так называемые гиперстенические расстройства личности (эмоционально-неустойчивое, истерическое, параноидное, диссоциальное и смешанное), что и определило тип реакции на психотравмирующую ситуацию.

Большинство подэкспертных с личностными расстройствами, степень выраженности которых не позволяет им самостоятельно участвовать в уголовном процессе (в соответствии с п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК РФ), высказывали множество жалоб на состояние своего здоровья, активно и настойчиво добивались консультации специалистов, проведения анализов и инструментальных методов обследования. Имели место аггравация своего болезненного состояния и попытка вызвать сочувствие окружающих. Отсутствие реакции на такое поведение у 68,7% вызывало вспышки гнева и раздражения, а также суицидальные угрозы. Достоверно высоким у подэкспертных этой группы был уровень ситуационно обусловленной тревоги, сопровождающийся вегетативными нарушениями, нарушениями сна и аппетита, а также сниженным фоном настроения.

При исследовании мышления у подэкспертных на первый план выходили такие симптомы, как аффективная логика, незрелость мышления.

*Заключение невролога: «Дисциркуляторная энцефалопатия II смешанного генеза (радиационное воздействие, артериальная гипертензия). Клинические признаки распространенного остеохондроза позвоночника».*

*Психическое состояние. Подэкспертный ориентирован правильно, цель экспертизы понимает. Настроение неустойчивое, временами приподнятое. Во время беседы с врачом разговор пытается свести к значимым для него темам. Предъявляет множество соматических жалоб, считает, что здоровье ухудшилось после «облучения» во время обследования в 2001 г. Акцентирует внимание на том, что после введения ему радиационного вещества пропала утренняя эрекция, перестала «поступать в голову приятная чувствительность». Недоволен результатами проведенного обследования, считает, что ему «ставят нормальные цифры» в анализах, возмущен тем, что на УЗИ органов брюшной полости не было выявлено патологии. Заявляет, что «здесь такая политика», жалуется, что медицинский персонал халатно относится к своим обязанностям. Во время беседы многоречив, речь ускорена по темпу, в виде монолога, высказывания аффективно заряжены. Н. написал жалобу на врача-терапевта, которая, «зная, что у него хронический гепатит», не назначила ему дополнительные анализы, диету. Бравирует тем, что выиграл процессы в суде. Считает себя целеустремленным, настойчивым человеком, всегда добивающимся правды. В отношении содеянного заявляет, что плохо помнит события правонарушения, был очень возмущен, услышав, что его назвали «чернобыльское быдло». Далее увидел, что руки у него в крови, помнит, как пришел в здание ФСБ, чтобы «они проверили, что произошло». В отношении будущего был «настроен на 10 лет строгого режима». Заявляет, что адвокат ему не нужен, так как он «сам выиграл много судов» и*

*в состоянии сам себя защитить. Демонстрирует поверхностные юридические знания, но при подробных расспросах возмущается, старается перевести разговор на непроверенные действия врачей и многочисленные судебные разбирательства. В отделе соблюдает режим, следит за действиями медперсонала. Мышление обстоятельное, ригидное, суждения не поддаются коррекции. Эмоциональные реакции лабильные. Во время беседы легко раздражается, может встать и уйти. Критические и прогностические способности нарушены. Сумма баллов по рейтинговой шкале PSE составила 41.*

*При экспериментально-психологическом исследовании выявлены эмоциональная охваченность подэкспертного идеаторными построениями, склонность к образованию труднокорректируемых концепций с соответствующей интерпретацией вновь поступающей информации. Отмечаются ригидность установок, настойчивость в отстаивании собственного мнения, повышенная требовательность к окружающим, внешнеобвиняющие формы реагирования. Ассоциативные образы своеобразны, субъективны, имеется склонность к рассуждательству.*

*Комиссия пришла к заключению, что Н. обнаруживает признаки параноидного расстройства личности. Задолго до совершения инкриминируемого правонарушения, на фоне указанного личностного расстройства, у него сформировалось также хроническое бредовое расстройство (кверулянтная форма паранойи или «паранойя борьбы»). Указанное расстройство лишило его в период правонарушения возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию на момент обследования Н. не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, предстать перед следствием и судом.*

При обсуждении данного случая необходимо отметить, что хроническое бредовое расстройство развилось у подэкспертного на фоне свойственных ему стремления к справедливости, порядку во всем, целеустремленности, настойчивости в достижении желаемого. В условиях психотравмирующей ситуации возникли сверхценные идеи ипохондрического и сутяжного характера, тенденции к болезненной интерпретации нейтральных событий с присоединением аффективных расстройств. В дальнейшем у подэкспертного сформировалась переоценка своих способностей, патологическая интерпретация действий окружающих, нарастала социальная дезадаптация. В ходе возникшей судебно-следственной ситуации поведение Н. определялось наличием уже сформировавшихся патологических, аффективно окрашенных идей сутяжного характера, препятствующих целостному и адекватному ее восприятию. Согласно материалам уголовного дела и медицинской документации, указанные психопатологические нарушения были значительно выражены уже с момента предъявления Н. обвинения, то есть в период проведения предварительного следствия, что мешало ему давать показания по делу. Нарушение самооценки, критических и прогностических способностей препятствовали Н. эффективно сотрудничать с адвокатом, участвовать в процессе защиты своих прав и законных интересов. Продуктивная деятельность подэкспертного в процессе защиты своих прав должна характеризоваться не только активным его участием в этом процессе, но и достижением конкретных целей. В то время как целью активной и настойчивой сутяжной деятельности Н. являлась не защита собственных интересов, а наказание «обидчиков». Учитывая хронический прогрессивный характер течения психического расстройства, было установлено, что Н. в дальнейшем не сможет самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве.



экспертизы, ссылаясь на наличии у себя психического расстройства. В 13,8% случаев подэкспертные писали многочисленные жалобы (в том числе на действия судебно-следственных органов) и ходатайства во всевозможные инстанции. Подобные жалобы и ходатайства, как правило, отклонялись, а такая деятельность служила поводом для направления их на судебно-психиатрическую экспертизу.

С момента предъявления им обвинения и до проведения судебно-психиатрической экспертизы 63,9% подэкспертных за психиатрической помощью не обращались, 33,3% самостоятельно обращались за психиатрической помощью, 24,9% — неоднократно. 19,4% подэкспертных совершали аутоагрессивные действия, а также агрессивные действия по отношению к контролерам и сокамерникам.

По данному делу судебно-психиатрическая экспертиза ранее была проведена в 88,9% случаев. Из них 28,1% подэкспертных были направлены на лечение до выхода из временного болезненного состояния с диагнозами: «Депрессивный эпизод средней степени тяжести» (12,5%), «Острое полиморфное психическое расстройство» (15,6%). В 44,5% случаев решения в отношении подэкспертных вынесено не было.

Таким образом, в данной группе 12 подэкспертных (33,3%) с разной степенью активности участвовали в процессе защиты своих прав и законных интересов. Из них 4 подэкспертных (11,1%) специально изучали юридическую литературу, самостоятельно, иногда вопреки рекомендациям адвоката, вырабатывали линию защиты своих прав и интересов, писали множество жалоб и ходатайств в ходе уголовного процесса. Интересно, что двое имели высшее юридическое образование, профессионально ориентировались в уголовном праве. Тем не менее снижение эмоционально-волевого контроля, недостаточность критической и прогностической оценки сни-

Анализ отношения к самому себе выявил наличие завышенной самооценки, а также в 19,4% случаев — идей отношения. Указанные нарушения обуславливали у подэкспертных недоверие к действиям адвокатов, отказ от их услуг. Показатели выраженности нарушений самооценки достоверно ниже, чем в группе процессуально недееспособных подэкспертных с расстройствами личности ( $P < 0,01$ ).

У подэкспертных группы выявлены наиболее высокие показатели раздражительности, снижение критических и прогностических способностей. Аффективно обусловленное восприятие судебно-следственной ситуации (Кудрявцев И. А., 1996), а также слабость эмоционально-волевого регулирования поведения не позволяли подэкспертным в полной мере адекватно оценивать сложившуюся ситуацию.

Нарушение поведения подэкспертных во время проведения судебно-психиатрической экспертизы выражалось в трудно корригируемой демонстративности, раздражительности и конфликтности. Аффективные нарушения подэкспертных в виде эмоциональной лабильности, несоответствии силы реакции раздражителю отличались от показателей недееспособных подэкспертных с расстройствами личности меньшей выраженностью симптомов.

У подэкспертных этой группы было выявлено наибольшее количество баллов по шкале «ответы, вводящие в заблуждение» как элемента защитного поведения.

### **Анализ данных экспериментально-психологических исследований**

Большинство подэкспертных выражали оппозиционное отношение к проводимому исследованию и были склонны к нарочито протестным реакциям с продуцированием ответов претенциозного и демонстративного характера. В личностной сфере были выявлены демонстративность, завышенная само-

оценка с ориентацией на собственные потребности и желания, игнорирование общепринятых моральных и этических норм, склонность к крайне эгоцентричной интерпретации различных событий с перекладыванием вины и ответственности за возникающие проблемы на внешние обстоятельства. Обращала на себя внимание слабая способность обследуемых к эмпатии, конфликтность и требовательность по отношению к окружающим. Эти черты сочетались с обидчивостью и сензитивностью в отношении собственной личности, склонностью к фиксации на негативных переживаниях, а так же с неустойчивостью эмоциональных проявлений, низким порогом фрустрации. Часто выявлялась ригидность мышления.

#### **Поведение в судебно-следственной ситуации**

Большая часть подэкспертных группы (69,5%) свою вину признавали частично и, так же как недееспособные подэкспертные с расстройствами личности, переносили ответственность за содеянное на жертву, соучастников правонарушения или неблагоприятное стечение обстоятельств. По 11,1% подэкспертных категорически отрицали свое участие в правонарушении или исключали возможность совершения ими данного преступления, при этом приводили доказательства своей невиновности. Только 8,3% подэкспертных признавали свою вину в правонарушении, полностью и раскаивались в содеянном.

Половина подэкспертных в ходе уголовного процесса давали противоречивые показания, при этом часто отказывались от данных ранее показаний, ссылались на забывание деталей правонарушения, 8,3% испытуемых в ходе проведения судебно-следственных действий не давали показаний, воспользовавшись ст. 51 Конституции РФ. 38,9% давали последовательные показания; столько же подэксперт-

тных этой группы не интересовались своими процессуальными правами и обязанностями в связи с растерянностью в условиях судебно-следственной ситуации, снижением критических и прогностических способностей. В 38,9% случаев подэкспертные частично знали свои процессуальные права и обязанности в связи с повторным привлечением к уголовной ответственности. Такие подэкспертные лучше других адаптировались к сложившейся ситуации, но это касалось в основном поведения в криминальной субкультуре и не способствовало более качественной защите своих процессуальных прав. В 33,3% случаев подэкспертные формально были ознакомлены со своими процессуальными правами и обязанностями, но испытывали трудности в их реализации в связи с невысоким уровнем эмоционально-волевого контроля поведения. 19,5% подэкспертных в исследуемой группе знали положения Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов РФ, свободно оперировали юридической терминологией.

44,4% подэкспертных не интересовались действиями адвоката в связи с недоверием к нему, а также в связи с переоценкой своих собственных способностей. В 38,9% случаев подэкспертные пассивно следовали указаниям адвоката, не участвуя самостоятельно в выборе линии защиты. 16,7% подэкспертных данной группы сообщили о своем активном участии в разработке защиты своих прав вместе с адвокатом.

От половины подэкспертных (52,8%) просьб, жалоб и ходатайств в ходе уголовного дела не поступало. 16,7% подэкспертных писали просьбы и ходатайства по существу дела, такие ходатайства были удовлетворены. В 16,7% случаев подэкспертные обращались в судебно-следственные органы по собственной инициативе или совместно с адвокатом с просьбой о проведении судебно-психиатрической

шуюся ситуацию, агрессивно-насильственный способ разрешения конфликтов;

- выраженное нарушение критической оценки своего поведения, а также невозможность прогнозировать его юридические последствия на протяжении всего периода сложившейся судебно-следственной ситуации;

- оппозиционное отношение к процессу защиты собственных прав и интересов в уголовном судопроизводстве, сутяжно-паранойяльная деятельность;

- социальная дезадаптация до возникновения судебно-следственной ситуации как фактор, свидетельствующий о глубине выраженности личностного расстройства и слабости компенсаторных механизмов, обуславливающей развитие тяжелых декомпенсаций в субъективно значимой ситуации.

Согласно п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК РФ, участие защитника в уголовном судопроизводстве обязательно, если подозреваемый, обвиняемый в силу физических или психических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту. В данном случае психиатрам-экспертам необходимо констатировать наличие собственно «психического недостатка» и обосновать его влияние на способность подэкспертного осуществлять свое право на защиту. В результате проведенного исследования были получены следующие клинические критерии «психических недостатков», препятствующих подэкспертным с расстройствами личности самостоятельно осуществлять свое право на защиту:

- адекватное восприятие возникшей судебно-следственной ситуации и понимание своего процессуального положения в сочетании с такими психопатологическими симптомами, как:

- психогенно обусловленное усугубление симптоматики, свойственной данному типу расстройств личности (однозначные реакции);

- ригидность мышления;

зили качество самостоятельной защиты ими своих процессуальных прав: чрезмерная настойчивость и сутяжный характер процессуальной деятельности таких подэкспертных зачастую служили поводом для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

8 подэкспертных (22,2%) в процессе защиты своих процессуальных прав активно сотрудничали с адвокатом, подавали ходатайства по существу уголовного дела. В то же время эмоционально-волевая неустойчивость и конфликтность этих подэкспертных не позволяли им самостоятельно качественно и полноценно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве.

Активная деятельность указанных подэкспертных в большей степени объясняется их характерологическими особенностями, подтвержденными результатами экспериментально-психологических исследований: им присущи такие личностные особенности, как стеничность, настойчивость в достижении своих целей, склонность к манипулированию окружающими.

У остальных подэкспертных группы, не проявивших активности в процессе защиты своих прав и законных интересов, таких характерологических особенностей выявлено не было, но отмечалось оппозиционное отношение к указанному процессу. У 54,2% подэкспертных, не принимавших активное участие в процессе защиты своих прав, имели место астенические и ипохондрические нарушения (вегетативная дисфункция, раздражительная слабость, чрезмерная озабоченность своим здоровьем, множество соматических жалоб, недовольство собой и окружающим, снижение концентрации внимания и усвоения информации), обуславливающие снижение работоспособности и, как следствие, пассивную позицию в процессуальных действиях. Полученные результаты согласуются с данными В. Я. Гиндикина, В. А. Гурьевой (1999) о снижении работоспособ-

ности пациентов с расстройствами личности при астенических состояниях в ответ на психогении.

Корреляционный анализ между анамнестическими данными и поведением подэкспертных показал, что существует слабо выраженная из-з небольшого количества материала прямая связь между органическим снижением памяти и пассивным поведением подэкспертных в судебно-следственной ситуации ( $r=0,3$ ).

Незначительно выраженная обратная зависимость обнаружена между такими симптомами, как снижение концентрации внимания, замкнутость, погруженность в собственные переживания и поведением подэкспертных в судебно-следственной ситуации ( $r=-0,3$ ) — чем больше выраженность указанных симптомов, тем менее активно участвовали подэкспертные в процессе защиты своих прав и законных интересов.

Установлена обратная зависимость между высоким уровнем тревоги, сопровождающейся вегетативными нарушениями, и степенью активности подэкспертных в процессе защиты своих прав ( $r=-0,3$ ).

Обратная корреляционная связь выявлена между конверсионными расстройствами и активным участием подэкспертных в защите своих процессуальных прав (коэффициент корреляции равен  $-0,3$ ). В то же время меньшая выраженность симптомов обуславливает менее жесткую корреляционную зависимость и свидетельствует о более сохранных адаптационных способностях.

Таким образом, у подэкспертных выявлено психогенно обусловленное усугубление симптоматики, свойственной типу расстройств личности, а также нестабильность психического состояния на протяжении проведения судебно-следственных действий: возникновение реактивных состояний, декомпенсаций личностного расстройства. Незрелость мышления, высокий уровень тревоги, раздражительность,

конфликтность, низкий порог фрустрации, снижение эмоционально-волевого контроля поведения, недостаточность критических и прогностических способностей, игнорирование моральных норм, склонность к эгоцентричной интерпретации происходящего с перекладыванием вины и ответственности за возникающие проблемы на внешние обстоятельства — основа для квалификации их в качестве «психических недостатков», препятствующих самостоятельной защите процессуальных прав.

Большая часть подэкспертных этой группы не участвовали в процессе защиты своих прав, что объяснялось оппозиционным отношением к своим процессуальным обязанностям либо астено-ипохондрическими нарушениями, обуславливающими бездеятельность указанных подэкспертных. Активная и целенаправленная деятельность 22,2% подэкспертных в процессе защиты своих прав в большей степени объясняется их характерологическими особенностями, такими как стеничность, настойчивость в достижении своих целей, склонность к манипулированию окружающими, что подтверждается результатами экспериментально-психологических исследований.

Психопатологические симптомы, препятствующие способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве:

- нарушения мышления в виде непродуктивности, ригидности, фиксации на сложившейся психотравмирующей ситуации, замедления темпа, развития сверхценных паранойяльных идей или бреда;
- аффективные нарушения в виде выраженного снижения фона настроения, сопровождающегося вегетативными нарушениями, высокого уровня тревоги, эмоциональной лабильности;
- нарушение волевого контроля поведения, наличие импульсивных форм реагирования на сложив-

*Психическое состояние. Подэкспертный ориентирован всесторонне правильно. В кабинет входит осторожно, осматриваясь. Заявляет, что будет разговаривать стоя «в знак уважения к профессору». После уговоров садится, внимательно смотрит на собеседника, сидит в подчеркнуто однообразной позе. Поведение корректирует в зависимости от реакции врачей. На вопросы отвечает после пауз, кратко, односложно, иногда не отвечает совсем. Подчеркнуто отказывается говорить о своей семье. Демонстративно заявляет, что он полностью здоров, в то же время намекает, что продолжает слышать «голоса», «чувствует лучи». На уточняющие вопросы отвечает отказывается, охотно соглашается с подсказками. Заявляет, что «голоса» могут быть и у здорового человека. Просит направить его в колонию, но при этом неоднократно упоминает, что будет обращаться к психиатру в дальнейшем. Во время беседы часто замолкает и пристально смотрит на врачей. По поводу правонарушения что-либо говорить отказывается. Хорошо знает материалы уголовного дела, в разговоре употребляет юридические термины, помнит фамилии врачей, проводивших экспертизы ранее. Сообщает, что не доверяет своему адвокату, так как «они все продажные». В отделении режим не нарушает, выборочно смотрит телерадиопередачи, с другими подэкспертными общается по необходимости, внимательно следит за окружающей обстановкой. Обнаруживает мышление конкретного типа, своеобразные, но в целом логичные суждения. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию, грубых нарушений памяти не выявлено. Эмоциональные реакции лабильные, часто проявляются реакции раздражения, фон настроения ситуационно снижен. Критика к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации сохранена. Сумма бал-*

- аффективная лабильность, достаточно высокий уровень тревоги, раздражительность, конфликтность, низкий порог фрустрации;

- снижение эмоционально-волевого контроля поведения в возникшей судебно-следственной ситуации в сочетании с недостаточной критической и прогностической оценкой юридических последствий данного поведения;

- наличие таких психологических особенностей, как: переоценка собственных способностей, подозрительность, ориентация на собственные потребности и желания в сочетании с игнорированием общепринятых моральных и этических норм, склонность к эгоцентричной интерпретации происходящего с перекладыванием вины и ответственности за возникающие у него проблемы на внешние обстоятельства;

- нестабильность психического состояния на протяжении проведения судебно-следственных действий: возникновение реактивных состояний, декомпенсаций личностного расстройства.

Таким образом, у подэкспертных этой группы основными являются признаки нарушения волевой регуляции поведения в судебно-следственной ситуации.

*Подэкспертный К., 34 года, обвиняется в совершении серии разбойных нападений на несовершеннолетних. На разрешение психиатров-экспертов был поставлен вопрос о том, если К. страдает психическим расстройством, при котором сохраняется способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, то не относится ли данное психическое расстройство к категории психических недостатков, препятствующих осуществлению права на защиту.*

*Наследственность К. психическими заболеваниями неотягощена. Родился младшим из двоих детей от нормально протекавшей беременности. Со*

слов матери подэкспертного, рос неусидчивым ребенком, отставал в развитии, наблюдался у невропатолога. Со слов К., с 5 до 14 лет состоял на учете у психиатра в связи с ночными страхами, «голосами»; до 7 лет страдал энурезом; занимался с логопедом. Посещал детские дошкольные учреждения, где был неусидчив, раздражителен, отмечалась повышенная возбудимость, обидчивость. В школе начал учиться с 7 лет, успевал плохо, постоянно нарушал дисциплину, грубил педагогам, пропускал занятия, уходил из дома. Состоял на учете в ИДН за хулиганство. Обучаясь в 8 классе, в 1986 г. был осужден за кражу на 2 года условно с отсрочкой приговора. Окончил 8 классов общеобразовательной школы, поступил в ПТУ по специальности слесаря. Через 4 месяца оставил учебу из-за конфликтов с учащимися. Работал на ТЭЦ слесарем. В 1989-1990 гг. служил в Вооруженных силах, был уволен в запас на общих основаниях. В последующем был неоднократно судим за кражи, по всем делам был осужден, отбывал наказание. Находясь в местах лишения свободы, постоянно нарушал дисциплину, неоднократно помещался в ШИЗО. Предъявлял жалобы на головные боли, бессонницу, кошмарные сновидения, «голоса», в связи с чем был неоднократно госпитализирован с диагнозами: «Психопатия мозаичного круга в стадии неустойчивой компенсации», «Установочное поведение у личности с психопатическими чертами мозаичного круга», «Психопатия мозаичного круга в стадии компенсации, сутяжно-кверулянтские тенденции». Женат, в браке имеет дочь. С 2002 г. К. состоял на учете в ПНД в связи с жалобами на плохой сон, раздражительность с диагнозом: «Неврастения». С 2002 г. из-за проблем в семье начал злоупотреблять алкоголем, отмечались запои предположительно по нескольким неделям, амнестические формы опьянения.

При задержании К. давал противоречивые показания, вину в правонарушении категорически отрицал. В дальнейшем К. от дачи показаний, а также от ознакомления с материалами уголовного дела отказывался. В ходе следствия К. написал заявление на имя прокурора, в котором сообщил, что у него имеются жалобы на состояние психического здоровья и он просит оказать ему психиатрическую помощь. Во время нахождения в следственном изоляторе в 2003 г. был неоднократно консультирован психиатром в связи с жалобами на бессонницу.

По данному делу ранее проводилась амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, где К. был поставлен диагноз: «Последствия органического поражения головного мозга», рекомендовалось признать его вменяемым. При проведенных в дальнейшем стационарных судебно-психиатрических экспертизах экспертные вопросы решены не были. В 2003 г. К. находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, где было диагностировано временное психическое расстройство в форме острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении и рекомендовалось направить его на принудительное лечение до выхода из указанного состояния с последующим решением экспертных вопросов. В 2004 г. решением суда применение принудительных мер медицинского характера в отношении К. было отменено. В 2005 г. для решения экспертных вопросов К. поступил в ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского».

По данным настоящей судебно-психиатрической экспертизы установлено следующее.

Соматическое состояние без особенностей. Заключение невролога: «Последствия органического поражения ЦНС сложного генеза (травматического, интоксикационного) с умеренно выраженной неврологической симптоматикой».

характеристик: компенсация — декомпенсация личностного расстройства.

Активность и целенаправленность действий обвиняемого в процессе защиты своих процессуальных прав и законных интересов в уголовном судопроизводстве следует рассматривать в совокупности с клиническими факторами, эти показатели зависят от индивидуально-психологических особенностей личности и от структуры и выраженности психических расстройств.

Активные и целенаправленные действия в процессе защиты своих прав предпринимают подэкспертные с такими характерологическими особенностями, как стеничность, настойчивость в достижении своих целей, склонность к манипулированию окружающими. Наличие патологических сверхценных идей или бреда сутяжно-паранойяльного характера, нецеленаправленность действий, болезненная их мотивация свидетельствуют об уголовно-процессуальной недееспособности.

Пассивную позицию в процессе защиты своих прав и законных интересов занимают обвиняемые с наличием в структуре их личности неустойчивой и сниженной самооценки, сочетания мотивации достижения с избеганием неуспеха, преобладанием механизмов психологической защиты в виде вытеснения и интеллектуальной переработки имеющихся проблем.

Оценка психических расстройств, исключающих уголовно-процессуальную дееспособность обвиняемого, и психических недостатков, препятствующих обвиняемым самостоятельно защищать свои процессуальные права и осуществлять процессуальные действия, должна осуществляться с учетом клинического и психологического анализа, а также анализа его поведения в судебно-следственной ситуации.

Критериями экспертной оценки психических недостатков, препятствующих подэкспертным с рас-

*лов по рейтинговой шкале составила 34 (попадает в интервал результатов подэкспертных, которым можно рекомендовать применение ст. 51 УПК РФ).*

*При экспериментально-психологическом исследовании на фоне достаточно высокого интеллектуального уровня подэкспертного, сохранности способности к выделению практически значимых признаков категориального и функционального уровня при субъективном затруднении актуализировались конкретные и конкретно-ситуационные основания, в единичных случаях им давались своеобразные признаки объектов, эпизодически обнаруживались трудности подбора обобщающих признаков. При предъявлении субъективно сложных понятий и эмоционально значимых стимулов отмечено увеличение латентного времени нахождения ответа и актуализация своеобразных образов, пояснения к которым были несколько субъективны. На фоне напряженности, беспокойства выявлено стремление к контролю над ситуацией, эгоцентричность, потребность в привлечении внимания к себе и своим проблемам, застревание на негативно окрашенных событиях и переживаниях, стремление вызвать сочувствие со стороны окружающих, демонстративность, ожидание негативных реакций при выраженной самозащитной позиции, сдержанности в проявлении чувств, недоверчивости, трудностях социальной адаптации и установления межличностных контактов. В конфликтных ситуациях наиболее ярко проявлялись тенденции, направленные на нивелирование возникающих проблем, даже с ущемлением собственных интересов.*

*Комиссия пришла к заключению, что К. имеют признаки смешанного расстройства личности и в период, относящийся к правонарушениям, он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.*

В данном случае расстройство личности было диагностировано на основании таких присущих К. с детства патохарактерологических черт, как неусидчивость, обидчивость, эмоциональная лабильность с формированием в дальнейшем демонстративности, конфликтности, истероформных реакций в ответ на субъективно значимые ситуации вплоть до декомпенсаций личностного расстройства. Достаточно частые декомпенсации проявлялись в виде ухудшения сна, множества соматических жалоб, совершения демонстративных суицидальных попыток, сутяжно-кверулянтских тенденций, что служило поводом для госпитализации К. в психиатрические стационары мест лишения свободы в период отбывания им наказания. После привлечения к уголовной ответственности в ходе проведения судебно-следственных действий у К. вновь наступила выраженная декомпенсация личностного расстройства, что послужило поводом для направления его на принудительное лечение в психиатрический стационар до выхода из указанного состояния. К моменту проведения настоящей судебно-психиатрической экспертизы К. из указанного состояния вышел, может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, а его поведение и высказывания носили характер защитно-установочных с использованием элементов перенесенного реактивного состояния.

На протяжении проведения следственных действий К. активно участвовал в процессе защиты своих прав и законных интересов: внимательно изучал материалы уголовного дела, отказывался свидетельствовать против себя, ссылаясь на ст. 51 Конституции РФ, подавал жалобы и ходатайства о назначении ему психиатрического освидетельствования. В то же время психическое состояние К. на протяжении проведения судебно-следственных действий было нестабильным, что с учетом частых декомпенсаций

личностного расстройства в анамнезе свидетельствует о слабости адаптационных механизмов. Застревание на негативно окрашенных событиях и переживаниях, недоверчивость, трудности социальной адаптации, преобладание защитного психологического механизма по типу вытеснения в субъективно значимых ситуациях, высокий уровень тревоги с вегетативными компонентами, подозрительность, эмоционально-волевая неустойчивость не позволяли К. самостоятельно качественно и полноценно защищать свои процессуальные права и законные интересы в уголовном судопроизводстве. Учитывая указанные личностные особенности К., рекомендуется обязательное участие защитника в данном уголовном процессе согласно п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК РФ. В данном случае защитник не заменяет обвиняемого в ходе судебно-следственных действий, он лишь помогает полноценно и качественно защищать права и законные интересы своего подзащитного.

Таким образом — **уголовно-процессуальная недееспособность обвиняемого** — это неспособность лица по психическому состоянию понимать свое процессуальное положение, воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, самостоятельно защищать свои процессуальные права и осуществлять процессуальные действия. Юридический (психологический) критерий уголовно-процессуальной недееспособности данного определения содержит два компонента: интеллектуальный — неспособность понимать свое процессуальное положение, воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и волевой — неспособность самостоятельно защищать свои процессуальные права и осуществлять процессуальные действия.

При решении вопросов о психическом состоянии, нарушающем процессуальную дееспособность обвиняемых с расстройством личности, основное значение имеет исследование структурно-динамических



эмоциональных, волевых и когнитивных нарушений. Эти расстройства отличаются устойчивостью и известной динамичностью. Они могут определять ограниченную способность к произвольной регуляции поведения в любой криминальной ситуации — способность воспринимать и отражать нормативность действий с точки зрения права, оценивать прогноз негативных последствий в ситуации выбора. Учитывая их стойкость, можно судить о том, что эти расстройства могут ограничивать возможность субъекта полноценно пользоваться своими процессуальными правами, социально функционировать после назначения наказания и др.

При анализе экспертных критериев важно учитывать следующее положение. Вероятность рекомендации применения ст. 22 УК РФ значительно снижается при диагностике у субъекта с расстройством личности или с умственной отсталостью феноменов, которые свидетельствуют о неблагоприятной динамике состояния — появление патологических идей, наличие рудиментарных психопатологических образований или явных признаков патологического развития.

В число критериев «ограниченной вменяемости» при диагностике расстройства личности правомерно включить: аффективную неустойчивость со склонностью к недостаточно контролируемому реагированию, к самовзвинчиванию; трудности рациональной организации поведения в криминальной ситуации; аффективную логику с особой значимостью собственных убеждений и требований; незрелость в сочетании с диссоциальностью и недостаточностью критичности. Приоритетными являются также недостаточная способность прогнозирования, особая значимость фрустрирующих переживаний, определяющих систему ценностей мотивацию, волевые нарушения, которые могут обуславливать патологически измененную активность подэкспертного.

стройствами личности самостоятельно защищать свои процессуальные права и осуществлять процессуальные действия, являются: нестабильность психического состояния со снижением эмоционально-волевого контроля поведения в возникшей судебно-следственной ситуации в сочетании с эмоциональной лабильностью, раздражительностью, конфликтностью, низким порогом фрустрации и недостаточной критической и прогностической оценкой своего поведения.

Критериями экспертной оценки психических расстройств, исключая уголовно-процессуальную дееспособность подэкспертных с расстройствами личности, являются выраженная декомпенсация личностного расстройства и патологическое развитие личности. Основное значение имеют такие симптомы, как непродуктивность, ригидность мышления, фиксация на сложившейся психотравмирующей ситуации, развитие сверхценных паранойяльных идей или бреда, выраженное нарушение критической и прогностической оценки своего поведения в судебно-следственной ситуации.

Алгоритм экспертных действий при определении психического состояния обвиняемого, влияющего на его уголовно-процессуальную дееспособность, должен быть следующим:

1) Анализ структурно-динамических характеристик, степени выраженности симптомов выявленного психического расстройства, влияющего на способность обвиняемого защищать свои процессуальные права.

2) Анализ поведения обвиняемого в условиях судебно-следственной ситуации. На этом этапе важно оценить способность обвиняемого осуществлять активную и целенаправленную деятельность по защите своих прав и законных интересов, эффективно сотрудничать с адвокатом.

3) Установление сохранности или нарушения интеллектуального и волевого компонентов юридического критерия процессуальной дееспособности.

4) Вынесение экспертного решения о влиянии психического состояния обвиняемого на его уголовно-процессуальную дееспособность с учетом ретроспективной, настоящей и прогностической оценки.

### **Заключение**

Достижения по практическому освоению новых судебно-психиатрических оценок психических расстройств, не исключающих вменяемости, очевидны. Формируется методическая основа рекомендаций применения ст. 22 УК РФ, происходит верификация клинических критериев оценки ограничения способности произвольно регулировать поведение обвиняемых в юридически значимых ситуациях. Прежде всего речь идет об учете как нозологических, так и синдромальных различий и структурно-динамических характеристик.

С учетом соотношения клинических симптомокомплексов и ситуативных факторов, включая роль подэкспертного в правонарушении, мотивов инкриминируемого деяния, можно выделить определенные варианты высокой вероятности ограниченной вменяемости. Это, те ситуации, когда игнорируются сдерживающие обстоятельства (неспособность корректировать свои действия); когда «накладываются» психические расстройства на провоцирующие или вынуждающие к действию обстоятельства правонарушения; когда обстоятельства правонарушения, субъективно не оставляют иного выбора для субъекта с умственной отсталостью или расстройством личности (Горинов В. В., Шостакович Б. В., 2008) .

Для судебно-психиатрических экспертных оценок важно, что психические расстройства, не исключающие вменяемости, представляют собой разные этиопатогенетические патологические состояния с высоким удельным весом в клинической картине

Бородин С. В., Полубинская С. В. Ограниченная вменяемость в проектах нового уголовного законодательства // Правовые вопросы судебной психиатрии. — М., 1990. — С. 32-39.

Вандыш В. В., Андреева Е. С. Некоторые клинические и организационные аспекты применения нормы «ограниченной» вменяемости в отношении лиц с органическим психическим расстройством // Российский психиатрический журнал. — 1999 — № 2, С. 4-7.

Васянина В. И. Клинико-социальная характеристика и судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у женщин, совершивших агрессивные криминальные действия.: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.

Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. М.: «Триада-Х», 1999 — 266 с.

Горинов В. В. Умственная отсталость // МКБ-10 в судебной психиатрии: справочное руководство. — М., 1997.

Горинов В. В., Пережогин Л. О. Клинико-социальная характеристика испытуемых с расстройствами личности, к которым была применена ст. 22 УК РФ / Российский психиатрический журнал. — 1999 — № 4. — С. 31-35.

Горинов В. В., Нохуров Б. А., Соколова Е. Ю. Критерии рекомендации принудительных мер медицинского характера подэкспертным с расстройствами личности (ч. II ст. 22 УК РФ) // Российский психиатрический журнал. — 2005 — №3. С. 35-38.

Горинов В. В., Соколова Е. Ю. Клинические критерии рекомендации ч. II ст. 22 УК РФ // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». — М., 2004. — С. 425-426.

Горинов В. В. Уголовно-процессуальная дееспособность обвиняемых: вопросы теории и методологии судебно-психиатрических оценок // Суд. психиатрия. — М., 2004. — С. 30-40.

Горинов В. В., Королева Е. В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств при определении процессуальной дееспособности обвиняемых // Журн. соц. и клин. психиатр. — 1996. — № 3. — С.83-88.

Критерии «ограниченной вменяемости» при умственной отсталости должны включать такие параметры, как недостаточность запаса понятий, слабость концентрации внимания и ассоциативной памяти, одностороннее понимание сложных юридически значимых ситуаций, внушаемость и подчиняемость, слабость мотивации, неустойчивость поведенческих стереотипов; качественное изменение интеллектуальной деятельности, ограничивающее способность лица в момент правонарушения соответственно ситуации организовывать поведение.

К факторам риска повторных правонарушений, которые могут служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, относятся психические расстройства, непосредственно влияющие на мотивацию преступления и способность к избирательному поведению. Выявление криминогенных психопатологических феноменов предполагает механизмов совершения преступления, при которых значение имеют стабильные особенности состояния, обусловленные психическим расстройством, а также установление влияния психического расстройства, которое ограничивает способность лица к свободному выбору действия в криминальной ситуации.

Назначение принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, необходимо при констатации стойких проявлений психической незрелости в сочетании с когнитивными и волевыми нарушениями, которые являются очевидными предпосылками проблем рациональной организации поведения. Необходимость такого назначения актуальна и в случае преобладания в картине патологического состояния личностных, особенно аффективных нарушений. Применение принудительных мер медицинского характера подэкспертным с этой категорией расстройств должно преследовать цель про-

филактики динамических сдвигов (реакции, декомпенсации, фазы).

Необходимость оценки актуального психического состояния часто возникает наряду с необходимостью решения вопросов о вменяемости — невменяемости и рекомендацией назначения принудительных мер медицинского характера. У лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, она может быть реализована путем оценки способности таких лиц к самостоятельному пользованию своими процессуальными правами. Речь идет об обязательном участии защитника в процессе реализации обвиняемым своих процессуальных прав и законных интересов.

## Литература

Абдурагимова З. Г. Дифференцированная судебно-психиатрическая оценка больных шизофренией в состоянии ремиссии // Дис. ... канд. мед. наук — М., 1999.

Агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами (диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза, профилактика): Пособие для врачей. Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. — М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2000. — С.3-5.

Адаменко В. Д. Процессуальная дееспособность участника уголовного процесса // Правоведение. — 1978. — №4. — С.55-59.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.

Андреева Е. С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ. Дис. ...канд. мед. наук. — М., 2000.

Антонян Ю. М., Горинов В. В., Саблина Л. С. Преступники с умственной отсталостью. — М., 1992. — С. 44-51.

Антонян Ю. М., Гульдан В. В. Криминальная патопсихология. — М.: Наука, 1991. — С. 124-129.

Аргунова Ю. Н. Преступность ограниченно вменяемых лиц // Независимый психиатрический журнал, 1998. — № 1 — с. 56-59.

Банщикова Е. Г. Клиника и динамика эмоционально — неустойчивого расстройства личности: судебно-психиатрический аспект. Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002.

Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б. Патологическое гетероагрессивное поведение подростков. — М.: «Зерцало», 2000. — С.86-92, 190-191, 221.

Морозова Н. Б. Психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — М., 1999. — С.38, 43.

Мотов В. В. Способность обвиняемого с психическим расстройством предстать перед судом. Американская модель // Независимый психиатрический журнал. — 2004. — №2.

Мохонько А. Р. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2006 г.— М., 2007.

Носачев Г. Н., Кудрин Е. А. К вопросу об «институте» ограниченной уголовно-процессуальной дееспособности в отношении лиц с психическими расстройствами, возникшими после совершения правонарушения, но до вынесения приговора // Российский психиатрический журнал. — 2001. — №1. — С.44-46.

Николаева Т. А. Судебно-психиатрическая оценка легкой умственной отсталости с учетом положений ст. 22 УК РФ: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 2002.

Обросов И. Ф. Особенности психотерапии осужденных в местах лишения свободы // Материалы V Всероссийской науч.-практ. конф. по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека — духовное здоровье нации». — М.: РГМУ, 2002. — С. 74-78.

Обросов И. Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы: // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004.

Пережогин Л. О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст.22 УК РФ // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 2001.

Печерникова Т. П., Березанцев А. Ю. Вопросы организации принудительного лечения больных олигофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики /Под ред. Т. Б. Дмитриевой/. — М., 1994.

Попов Ю. В. Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обозрение психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева.— 1991.— № 2.— С. 5-14 .

Горинов В. В., Николаева Т. А. Преступное поведение лиц с умственной отсталостью // Психиатрические и психологические проблемы преступности: Сборник научных трудов. — М.: ВНИИ МВД РФ, 2000.

Горинов В. В., Шостакович Б. В. Ограниченная вменяемость в судебно-психиатрической клинике (проблемы теории и практики освоения ст. 22 УК РФ) // Ограниченная вменяемость. — М. — 2008. — С. 7-22.

Горшков И. В. Агрессивные общественно опасные действия лиц с психопатиями конституционального и органического генеза против членов семьи (судебно-психиатрический аспект). Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1997.

Горшков И. В., Горинов В. В. Расстройства личности и агрессия // Российский психиатрический журнал. — 1998 — №5. — С. 68-73.

Подростковая судебная психиатрия. Под ред. В. А. Гурьевой. — М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. — 364 с.

Данилова С. В. Судебно-психиатрическое значение паранойальных состояний при расстройствах личности (клинико-психологический аспект): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 2005. — 24 с.

Дианов Д. А. Судебная психиатрия за рубежом: Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М., 2004. — С. 21-40.

Дмитриева Т. Б., Сафуанов Ф. С. Критерии ограниченной способности к осознанию и регуляции криминально-агрессивных действий обвиняемых (по материалам комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы) //Российский психиатрический журнал. — 2001. №3. — С.48-57.

Дмитриева Т. Б. Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции). Автореф. дис. ... докт. мед. наук, Л. — 1990

Дмитриева Т. Б. Патобиологические аспекты динамики психопатий. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. — 160 с.

Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Агрессивное поведение лиц с психической патологией и проблема предупреждения опасных действий // Серийные убийства и социальная агрессия: Материалы конференции, Ростов-на-Дону.— 2001. — С. 187-189.

Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: Пособие для врачей.— М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 — 136 с.

Егорова Е. Ю. Критерии назначения принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст. 22 УК РФ) (клинико-катамнестическое исследование)». Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007.

Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: Гэотар медицина. 1998. — 505 с.

Клинико-психопатологические и психологические методы выявления и предупреждения агрессивно-насиленного поведения лиц с психическими расстройствами: Пособие для врачей /Под ред. Т. Б. Дмитриевой.— М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2001 — С.3-5, 16-21.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. — 560 с.

Комментарий к Законодательству РФ в области психиатрии /под ред. Т. Б. Дмитриевой/. М.: Спарк, 1997. — 363 с.

Кондратьев Ф. В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Ограниченная вменяемость. М., ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. — С. 18-28.

Кудрявцев И. А., Морозова М. В., Савина О. Ф. Практика проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы при решении вопроса о применении ст. 22 УК РФ // Российский психиатрический журнал.— №5.— 1998. — С. 42-46.

Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М.: Изд. Московского университета, 1999. — С. 211-217, 446-463.

Кудрявцев И. А., Ратинова Н. А. Криминальная агрессия (экспертная типология и судебно-психиатрическая оценка). — М.: Изд. Московского университета, 2000. — С. 112-170.

Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза ограниченной вменяемости: некоторые проблемы и пути их решения // Ограниченная вменяемость. — М.,1996. — С. 28-40.

Кудрявцев И. А., Морозова М. В. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза способности малолетних и несовершеннолетних давать показания: Пособие для врачей. М.: ГНЦ ССП им. Сербского. 1996. — 20 с.

Кудрявцев С. В. Конфликтологический анализ криминальных ситуаций/ Насилие, агрессия, жестокость: Криминально-психологическое исследование.— М., 1990. — С. 98-112.

Макушкин Е. В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних// Клиническая и судебная подростковая психиатрия. — М., 2001.

Макушкин Е. В. Проблема уголовно-процессуальной дееспособности несовершеннолетних обвиняемых. // Российский психиатрический журнал — 1999. — №4. — С. 15-20.

Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М.: Медицина, 1995. — 256 с.

Мальцева М. М., Котов В. П. Типология психически больных в аспекте осуществления дифференцированного принудительного лечения // Российский психиатрический журнал.— 1999.— № 4.— С. 50-54.

Международная классификация болезней 10 пересмотра. Класс 5. Психические расстройства и расстройства поведения. Адаптированный для использования в Российской Федерации.— М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. — 360 с.

Метелица Ю. Л. Критерии судебно-психиатрической оценки психических расстройств, влияющих на уголовно-процессуальную дееспособность. Правовые вопросы судебной психиатрии: Сборник научных трудов / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1990. — С.78-85.

Giorgi-Guarnieri D, Janofsky J, Keram E, Lawsky S, Merideth P, Mossman D, Schwart-Watts D, Scott C, Thompson J Jr, Zonana H; American Academy of Psychiatry and the Law. AAPL practice guideline for forensic psychiatric evaluation of defendants raising the insanity defense. // American Academy of Psychiatry and the Law. J Am Acad Psychiatry Law. — 2002. — 30(2 Suppl). — S3-40.

Hartwell S. Prison, hospital, or community: community re-entry and mentally ill offenders, in Community-Based Interventions for Criminal Offenders With Severe Mental Illness. Edited by Fisher WH. Oxford, United Kingdom, Elsevier Science, 2003

Lurigio A., Fallon J., Dincin J. Helping the mentally ill in jails adjust to community life: a description of a post-release ACT program and its clients. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2003. 44:450-466.

Mental health legislation and decision making capacity: capacity is of more than practical benefit. // BMJ. — 2006. — Jan 14; 332(7533). — P. 119.

Monahan J., Appelbaum, P.S. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. British Journal of Psychiatry, 2000, 176, 312-320.

104. Neuropsychological assessment of mental capacity. // Neuropsychol Rev. — 2004. — Sep. 14(3). — P. 131-142.

Tan J.O., Hope T. O'Grady J.C. Psychiatric evidence and sentencing: ethical dilemmas. // Crim Behav Ment Health. — 2002. — 12(3). — P.179-184.

Patient capacity in mental health care: legal overview. — Health Care Anal., 2004. — Dec; 12(4). — P. 329-337; discussion 265-72.

Petrila J., Douglas K.S. Ten myths about decision-making capacity.334 // J Am Med Dir Assoc. — 2005. — May-Jun; 6(3 Suppl). — S 100-104.

Protecting psychiatric patients in research. // Indian J Med Ethics. — 2005. — Apr-Jun;2(2). — P. 59.

Recent developments in law. // J Bioeth Inq. -2005. — 2(2). — P.63-68.

Распономарева О. В. Патоморфоз истерического расстройства личности: судебно-психиатрический аспект. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.

Раш В., Конрад Н. Судебная психиатрия и так называемые «психопаты» // Ограниченная вменяемость. — М.: ГНЦСисП им. В. П. Сербского, 1996. — С. 81-134

Руководство по судебной психиатрии /Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко/. М.: Медицина, 2004. — С. 228-240.

Сафуанов Ф. С. Психологические механизмы криминальной агрессии: мотивационный аспект // Современная психология мотивации /Под ред. Д. А. Леонтьева/. М.: Смысл, 2002. — С. 327-342.

Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. М.: Гардарики, 1998. — 192 с.

Сафуанов Ф. С. Критерии экспертной оценки ограниченной вменяемости обвиняемых в агрессивных преступлениях // Ограниченная вменяемость. — М., 2008. — С. 166-181.

Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М.: Норма, 1998. — 285 с.

Современное уголовное законодательства и судебная психиатрия. Пособие для врачей /Под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. В. Шостаковича/. М., ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. — 136 с.

Ткаченко А. А. Правовые и методические основы «Заключения судебно-психиатрического эксперта (комиссии судебно-психиатрических экспертов)». / Пособие для врачей. — М., 2006. — С.55.

Харитоновна Н. К. Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Материалы XI съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 491-492.

Харитоновна Н. К., Васянина В. И. Применение нормы ограниченной вменяемости у женщин с пограничной личностной патологией // Ограниченная вменяемость. — М., 2008. — С. 87-95.

Хрящев А. В. Опасные действия и судебно-психиатрическая оценка лиц с психическими расстройствами не-

психотического характера : Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. — Астрахань, 2003.

Шишков С. Н. Психическое расстройство, возникшее у лица после совершения им преступления: проблемы законодательного регулирования // Юридический вестник. — 1997. — №24. — С.37-40.

Шишков С. Н. Временные психические расстройства обвиняемого, препятствующие решению вопроса о его вменяемости (правовые аспекты) // Российский психиатрический журнал. — 2005. — №3. — С.50-55.

Шишков С. Н. Об ограниченной вменяемости // Рос. Юстиция.— 1995, № 2.

Шостакович Б. В. Расстройства личности. — М., 2006. — С.280-296.

Шостакович Б. В., Горинов В. В. Теоретические обоснования применения института ограниченной вменяемости // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1995. — Т. 95.— № 2. — С. 101-104.

Шостакович Б. В. Экспертная оценка психогений и расстройств личности с учетом нового Уголовного законодательства // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: Пособие для врачей.— М., 1998. — С. 115-123.

Шостакович Б. В., Горинов В. В., Васюков С. А., Распономарева О. В. Ограниченная вменяемость: Информационное письмо. — М., 2001.

Шостакович Б. В., Горинов В. В. Теоретические обоснования применения института ограниченной вменяемости // Журн. Невропатол. и психiatr. им. С. С. Корсакова.— 1995.— том 95.— № 2. — С. 101-103

Andrews D.A., Bonta J. Prediction of criminal behavior and classification of offenders, in *The Psychology of Criminal Conduct*, 3rd ed. Cincinnati, Ohio, Anderson, 2003

Appelbaum P.S. Law and psychiatry: Liability for forensic evaluations: a word of caution // *Psychiatr Serv.* — 2001. — Jul; 52(7). — P.885-886.

Arboleda-Florez J. Treatment and Care of the Mentally Abnormal Offender // *Contemporary Psychiatry*. Ed. by F. Henn et al. — Berlin, 2001. — Vol. 1. — Part 2.—P. 303-14.

Assessing dimensions of competency to stand trial: construct validation of the ECST-R.Assessment. — 2003. — Dec.—10(4). — P. 344-351.

Bateman, A. W. & Tyrer, P. Psychological treatments for personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004, 10, pp. 378-388.

Bipolar disorders and the law // *J Law Med.* — 2005. — Nov.— 13(2). — P.153-163.

Bond G.R., Drake R.E., Mueser K.T. Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes* 9:141-159, 2001

Cimino T., Jennings J.L. Arkansas partnership program: an innovative continuum of care program for dually diagnosed forensic patients. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6:104-114.- 2002

Cosden M., Ellens J., Schnell J. Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences and Law* 21:415-427, 2003

Criminal responsibility: a review of the literature since 1981 // *Health Law Can.* — 2000. — May; 20(4). — P.58-66.

Nys H., Welie S., Garanis-Papadatos T., Ploumpidis D. Depression and legal capacity to stand trial. // *Arch Med Sadowej Kryminol.* — 2006. — Jan-Mar; 56(1) — P. 48-55.

Dolan M., Doyle M. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry* 177:303-311, 2000

Felthous A. R., Krober N. L, Sass H. Forensic Evaluations for Civil and Criminal Competencies and Criminal Responsibility in German and Anglo-American Legal Systems. // *Contemporary Psychiatry*. Ed. By F. Henn et al.—Berlin, 2001. — Vol. 1. — Part 2. — P. 287-302.

Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments, and current practice // *Int J Law Psychiatry.* — 2000. — Sep-Dec; 23(5-6). — P.467-480.

Gierowski J.K. Complex expertise on the psychiatric health of a criminal. // *Psychiatr Pol.* — 2006. — Jan-Feb; 40(1). — P.5-17.



Горинов Виктор Васильевич  
Пережогин Лев Олегович  
Николаева Татьяна Алексеевна  
Цехмистро Ольга Юрьевна  
Егорова Екатерина Юрьевна

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,  
НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ВМЕНЯЕМОСТИ  
(расстройство личности,  
умственная отсталость).**

Зав. редакцией Залевский В.С.  
Редактор Абрамова Л.Б.

Лицензия ЛР № 040430 от 09.04.92 г.

Сдано в набор . . . г. Подписано в печать . . . г.  
Формат 84 x 108/32. Бумага офсетная № 1. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 11,13. Тираж . . . Заказ . . .

Набрано и отпечатано в РИО ГНЦ социальной  
и судебной психиатрии им. В. П. Сербского  
119839, Москва, Кропоткинский пер., 23

The assessment of mental capacity. — Clin Med., 2005.  
— Nov-Dec;5(6) — P. 580-584.

The fitness of the mental patient to be a witness. //  
Med Law. — 2001. — 20(1). — P.85-92.

The criminogenic, clinical, and social problems of forensic  
and civil psychiatric patients. // Law Hum Behav. — 2004.  
— Oct; 28(5). — P.577-586.

## Содержание

Введение .....	3
1. Судебно-психиатрическая оценка расстройства личности с учетом положений ч. 1 ст. 22 УК РФ. ....	8
1.1. Современное состояние проблемы (структурно-динамические характеристики, судебно-психиатрическая оценка) .....	8
1.2. Критерии судебно-психиатрических оценок с учетом положений ч. 1 ст. 22 УК РФ. ....	43
2. Судебно-психиатрическая оценка умственной отсталости с учетом положений ч. 1 ст. 22 УК РФ. ....	59
2.1. Современное состояние проблемы .....	59
2.2. Структурно-динамические и криминологические характеристики. ....	72
2.3. Экспертные критерии судебно-психиатрической оценки умственной отсталости с учетом положений ст. 22 УК РФ. ....	86
3. Критерии назначения принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости (ч. 2 ст. 22 УК РФ). ....	94
3.1. Состояние проблемы .....	95
3.2. Характеристика клинических наблюдений .....	106
4. Уголовно-процессуальная дееспособность лиц с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости .....	132
4.1. Оценка процессуальной дееспособности лиц с психическими расстройствами за рубежом. ....	135
4.2. Уголовно-процессуальная дееспособность лиц с психическими расстройствами в отечественном праве. ....	144
4.3. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств, влияющих на процессуальную дееспособность обвиняемых .....	155
4.4. Процессуальная дееспособность подэкспертных с расстройствами личности .....	156
4.4.1. Общая характеристика материала .....	156
4.4.2. Процессуальная недееспособность подэкспертных с расстройствами личности. ....	161
4.4.3. Подэкспертные с личностными расстройствами, в отношении которых рекомендовалось применение ст. 51 УПК РФ .....	176
Заключение .....	195
Литература .....	199